



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



**“Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar:
Estudo comparativo das percepções e atitudes de professores
do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico”**

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Educação Especial

Orientadora: Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo

Júri:

Presidente

Professor Doutor David António Rodrigues

Vogais

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Professora Doutora Maria Dulce Ribeiro Miguens Gonçalves

Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo

Maria Isabel Salvador Rico Lourenço

2009



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



**“Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar:
Estudo comparativo das percepções e atitudes de professores
do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico”**

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Educação
Especial

Orientadora: Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues
de Melo

Júri:

Presidente

Professor Doutor David António Rodrigues

Vogais

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Professora Doutora Maria Dulce Ribeiro Miguens Gonçalves

Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo

Maria Isabel Salvador Rico Lourenço

2009

Dedicatória:

A todas as crianças que sofrem de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, que necessitam da compreensão e ajuda de todos (família, professores, médicos, colegas, amigos...), para poderem ultrapassarem as suas dificuldades e conseguirem a plena inclusão/integração na sociedade.

Agradecimentos:

Agradeço a todos os que contribuíram, para a realização deste trabalho.

Ao meu marido pelo incentivo, ajuda, estímulo e compreensão que me deu ao longo do curso.

Ao meu filho pela compreensão que teve quando eu lhe disse inúmeras vezes, que não podia ir dar um passeio com ele.

Aos meus pais por todos os sacrifícios que fizeram por mim e pela educação que me deram.

À Doutora Ana Rodrigues, pelo apoio prestado nas diversas fases de elaboração deste trabalho.

Aos Professores, Colegas e amigos.

Nome: Maria Isabel Salvador Rico Lourenço

Departamento: Educação Especial

Curso de Mestrado: Educação Especial

Orientadora: Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo.

Data: 06 de Maio de 2009.

TÍTULO

“Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar. Estudo Comparativo das Percepções e Atitudes de Professores do 1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico”.

Resumo:

O presente estudo pretendeu explorar e comparar as percepções dos 1º, 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico, de um Agrupamento de Escolas relativamente às variáveis de Conhecimento (características, prevalência, etiologia, evolução, diagnóstico, problemas associados), Percepções de Impacto (efeitos no contexto) e Atitudes (formas de intervenção e estratégias de sala de aula) em relação a crianças/jovens com PHDA.

Este estudo tem carácter sobretudo exploratório (descritivo) como uma análise quantitativa, qualitativa e correlacional dos resultados. O instrumento de pesquisa utilizado para servir de instrumento de recolha de dados constou de um questionário por inquérito. De um total de N=190 inquéritos distribuídos, foram recebidos N=110, os quais foram sujeitos a tratamento estatístico.

Os resultados mostram que os participantes demonstram ter conhecimento sobre a PHDA. Quanto ao impacto são as “Dificuldades de Aprendizagem”, a “Dificuldade na Relação com os Pares” e o “Não aceitar e respeitar as regras” que segundo os professores provocam maior desadaptação no contexto escolar. Em relação à atitude bem como às estratégias a utilizar, estes revelaram utilizar diversas estratégias no seu quotidiano de trabalho com estas crianças. Os dados apurados relativamente à comparação entre ciclos, sugerem diferenças entre o 1º, 2º e 3º ciclo relativamente ao Conhecimento, ao Impacto, à Atitude e às Estratégias utilizadas com as crianças com PHDA.

PALAVRAS-CHAVE:

ESCOLA; INCLUSÃO; PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO; PROFESSOR; PERCEPÇÃO; IMPACTO; ATITUDE.

Nome: Maria Isabel Salvador Rico Lourenço

Departamento: Educação Especial

Curso de Mestrado: Educação Especial

Orientadora: Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo.

Data: 06 de Maio de 2009.

TITLE

“Hyperactivity and Attention Deficiency in a School Context. A Comparative Study of Perceptions and Attitudes of Teachers in the 1st, 2nd and 3rd Stages of Basic Education”.

Abstract:

This study aims to explore and compare the perceptions of the 1st, 2nd and 3rd stages of Basic Education in a group of schools relating to the variables of knowledge (characteristics, prevalence, aetiology, evolution, diagnosis, associated problems), perceptions of impact (effects within the context) and attitudes (means of intervention and strategies in the classroom) in relation to children/teenagers with ADHD.

This study is predominantly exploratory (descriptive) in nature with a quantitative, qualitative and correlational analysis of the results. The research is based on data collected from questionnaires. Of a total of N=190 questionnaires distributed, N=110 were returned, which were analysed statistically.

The results show that participants are aware of ADHD. According to the teachers “learning difficulties”, “difficulty relating to peers” and “non-acceptance of and disrespect for rules” have the greatest impact in causing non-adaptation in a school context. In relation to attitude and coping strategies, they reveal that they use various strategies in their day-to-day work with these children. Comparison of the data collected for each stage suggests differences between the 1st, 2nd and 3rd stage concerning knowledge, impact, attitude and the strategies used in dealing with children with ADHD.

KEY WORDS:

SCHOOL; INCLUSION; ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER; TEACHER; PERCEPTION; IMPACT; ATTITUDE.

Índice

Introdução.....	14
Capítulo I	
1 – Formulação do Problema.....	18
Capítulo II	
2 – Revisão da Literatura.....	21
2.1 – Perspectiva Histórica de definição do conceito de PHDA.....	21
2.2 – Perspectiva Actual de Definição do Conceito de PHDA.....	25
2.3 – Quais as causas do aparecimento da PHDA na criança.....	28
2.4 – Incidência da PHDA.....	30
2.5 – Características da PHDA.....	32
2.5.1 - Défice de Atenção.....	32
2.5.2 - Hiperactividade.....	33
2.5.3 - Impulsividade.....	34
2.6 – Características que podem surgir associadas à PHDA.....	34
2.7 – PHDA e Comorbilidades Psiquiátricas.....	36
2.8 – Como avaliar e intervir na PHDA.....	36
2.9 – Desenvolvimento dos Processos de Avaliação e Metodologias de Intervenção em relação à PHDA.....	39
2.10 – Instrumentos de avaliação da PHDA.....	42
2.10.1 - A Entrevista.....	43
2.10.2 - Escalas, Questionários e Inventários para Pais e Professores.....	45
2.10.3 - Exame Médico.....	47
2.11 - A Intervenção na PHDA.....	47
2.12 - Desenvolvimento das Características da PHDA e Desadaptação da Criança com PHDA no Contexto Escolar.....	54
2.12.1 - Primeira Infância: 0- 3 anos.....	54
2.12.2 - Segunda Infância: 3- 5 anos.....	55
2.12.3 - PHDA no 1º Ciclo.....	57
2.12.4 - PHDA na adolescência.....	59
2.12.5 - PHDA na idade adulta.....	63
2.13 - A importância da inclusão dos alunos com PHDA.....	64
2.14 - A conhecimento dos professores em relação à PHDA.....	70

2.15 – O papel dos professores no diagnóstico da PHDA.....	70
2.16 – Como é que os professores podem ajudar um aluno com PHDA.....	72

Capítulo III

3 - Metodologia.....	74
3.1 - Objectivos do Estudo.....	74
3.2. - Métodos e Procedimentos.....	74
3.2.1 - Tipologia do Estudo.....	74
3.2.2 - Caracterização da Amostra.....	75
3.2.3. - Instrumento de Pesquisa.....	76
3.2.3.1 – Adaptação do Instrumento de Pesquisa.....	77
3.2.3.2 – Estrutura do Questionário.....	79
3.2.4 - Procedimentos de Recolha dos dados.....	84
3.2.5 - Ensaio do Questionário.....	85
3.2.6 - Condições de Aplicação.....	85
3.2.7 - Procedimentos de Calendarização.....	86
3.2.8 - Procedimentos de Tratamento de Dados.....	86
3.3 - Caracterização dos Participantes no Estudo.....	87
3.3.1 - Identificação e dados pessoais dos participantes.....	87
3.3.2 – Variáveis do Estudo.....	90

Capítulo IV

4 - Apresentação Análise dos Dados e Discussão dos Resultados.....	91
4.1 – Apresentação e Análise dos Dados.....	91
4.1.1 – Conhecimento.....	91
4.1.2 – Impacto.....	94
4.1.3 – Atitude.....	96
4.1.4 – Comparação entre ciclos.....	101
4.1.4.1 – Conhecimento.....	101
4.1.4.2 – Impacto.....	106
4.1.4.3 – Atitude.....	116
4.2 – Discussão dos Resultados.....	128
4.2.1 - Conhecimento geral acerca da PHDA.....	128
4.2.2 – Áreas de maior e menor conhecimento relativamente às crianças com PHDA.....	130
4.2.3 – Conhecimento baseado na experiência com crianças com PHDA...	135

4.2.4 – Conhecimento acerca da PHDA baseado em mitos.....	136
4.2.5 – Problemas associados à PHDA que podem provocar maior desadaptação em contexto escolar.....	137
4.2.6 – Atitudes e conhecimento dos Professores em relação à PHDA.....	139
4.2.7 – Estratégias de Intervenção em contexto escolar.....	142
5 - Conclusões.....	143
6 – Referências bibliográficas.....	146
7 – Anexos.....	160
Lista de Quadros e Tabelas	
Lista de Anexos	

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1 – Quadro Comparativo.....	77
TABELA 1 – Caracterização da Amostra.....	87
TABELA 2 – Grau de Informação sobre a PHDA.....	89
TABELA 3 – Tipo de Formação sobre a PHDA.....	89
QUADRO 2 – Variáveis do Estudo	90
TABELA 4 – Características da PHDA.....	91
TABELA 5 – Prevalência da PHDA.....	92
TABELA 6 – Causas da PHDA.....	92
TABELA 7 – A PHDA desaparece com o tempo.....	93
TABELA 8 – Quem deve de fazer o diagnóstico.....	93
TABELA 9 – Problemas associados à PHDA.....	94
TABELA 10 – Quais os problemas que causas maior desadaptação.....	94
TABELA 11 - Quais as características que perturbam mais a vida escolar das crianças com PHDA.....	95
TABELA 12 – Que forma de intervenção poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA.....	97
TABELA 13 – Atitude do Professor face a uma criança com PHDA	98
TABELA 14 – Estratégias de Intervenção em contexto escolar e qual o grau de Utilização.....	99
TABELA 15 – Comparação entre ciclos, relativamente ao Conhecimento...	102
TABELA 16 – Comparação entre ciclos, relativamente ao Impacto.....	106
TABELA 17 - Cruzamento de dados entre ciclos (1º Ciclo, 2º Ciclo e 3º Ciclo) relativamente ao Impacto.....	110
TABELA 18 – Comparação entre ciclos, relativamente à Atitude.....	116
TABELA 19 – Comparação entre ciclos, relativamente às estratégias.....	119
TABELA 20 - Cruzamento de dados entre ciclos (1º Ciclo, 2º Ciclo e 3º Ciclo) relativamente às estratégias.....	122

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário do estudo.....	161
ANEXO 2 - Questionário original.....	165
ANEXO 3 - Ofício de pedido de autorização para realização dos inquéritos.....	171
ANEXO 4 - Consentimento informado.....	172
ANEXO 5 - Cruzamento de dados causas biológicas.....	173
ANEXO 6 - Cruzamento de dados causas genéticas.....	174
ANEXO 7 - Cruzamento de dados causas excesso de TV.....	175

PREFÁCIO

Nas escolas há crianças desatentas que ficam quietas e “desligadas”, outras que se movimentam permanentemente, que brincam constantemente na sala de aula e têm muita dificuldade em permanecer sentadas, em prestar atenção ou controlar os seus impulsos reagindo imediatamente a cada estímulo sem terem tempo para pensar, o que interfere negativamente na sua vida escolar, social e emocional.

Quando temos uma criança com estas características na sala de aula devemos suspeitar que essa criança tem Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção.

Estas crianças são geralmente referenciadas como menos socializadas e menos competentes em lidar com situações conflituosas, evidenciando um relacionamento social pobre e problemas com os pares. Geralmente são descritas como perturbadoras, agressivas e abusivas em situações sociais (DuPaul, & Stoner, 2007).

Compete a todos aqueles que trabalham na área da saúde e da educação estar atentos e estabelecerem um trabalho de equipa para que se possa ajudar da melhor maneira possível estas crianças.

Todo aquele que lida com a educação sabe que a palavra de ordem é inclusão termo, quase sempre associado, a crianças com NEE. Pretende-se com o termo afirmar que todos os alunos têm direito a uma educação igual e de qualidade; sejam vistos no seu todo; que tenham uma educação que respeite as suas necessidades e características que constituem direitos fundamentais e que lhes seja facilitada a sua transição para a vida activa, de modo a poderem estar em sociedade de forma autónoma e independente (Correia, 1997).

Para se implementar uma escola inclusiva, assumida como uma escola melhor para todos, importa proceder a mudanças na gestão e funcionamento das escolas, mudanças na estrutura e conteúdo do currículo, mudanças no relacionamento da escola com a família e a comunidade, mudanças na formação e prática dos professores e a inclusão de serviços de natureza diversa, para apoio dos alunos (Bairrão, 1998; Correia, 2003).

Gostaríamos que esta dissertação contribuísse para ajudar os professores a reflectir sobre as suas práticas educativas, relativamente às crianças com PHDA e dessa reflexão surgisse a vontade comum de todos contribuírem para uma escola melhor que incluísse todos os alunos aceitando e respeitando as características próprias que cada um apresenta.

Introdução

Actualmente considera-se que a etiologia da Perturbação de Hiperactividade e de Défice de Atenção, pode ter origem em múltiplos factores, não existem modelos explicativos da perturbação, no entanto há várias e controversias teorias e abordagens.

A PHDA tornou-se na mais bem estudada perturbação, ainda que se mantenha uma das mais controversas do ponto de vista científico e clínico (Wolraich, Mark, 1999).

A etiologia não é ainda bem conhecida, mas estudos recentes apontam uma forte componente genética tal como factores ambientais como a prematuridade, consumo de álcool e tabaco no período pré-natal, entre outros (Rowland, A., e col., 2002).

A PHDA é uma das perturbações neuro-comportamentais mais frequentes da infância, que se caracteriza por um desenvolvimento inapropriado dos mecanismos cerebrais que regulam os processos da atenção, da actividade motora voluntária e dos processos de reflexão (Miranda, Jarque e Soriano, 1999).

Outros estudos têm revelado diferenças múltiplas ao nível do funcionamento do córtex pré-frontal (Greenhill e col. 2003).

As crianças com PHDA revelam baixa auto-estima, fraca tolerância á frustração, teimosia, instabilidade de humor e tendência para se isolar são consideradas mal-educadas e imaturas pelos adultos e pelos seus pares.

Verificando-se que estas características provocam dificuldades escolares (Zentall, S. 1993), problemas de relação interpessoal com os pares e membros da família e baixa auto-estima (Schachar, R. 1986).

As crianças com PHDA são crianças agitadas e desatentas o que vai dificultar o sucesso escolar e as relações com os professores e com os colegas.

As crianças com PHDA apresentam dificuldades comportamentais em três áreas de funcionamento básico como a atenção, a impulsividade e o excesso de actividade motora (Barkley, R. 1998).

Segundo Barkley (2006) a PHDA é um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por graus desenvolvimentais inapropriados de desatenção, sobreactividade e impulsividade. Estes surgem frequentemente no início da infância; são de natureza relativamente crónica, e não são devidos a lesão neurológica, défices sensoriais, problemas da linguagem ou motores, atraso mental ou perturbação emocional grave. Estas dificuldades estão tipicamente associadas com défices de auto-regulação comportamento e da manutenção de um padrão consistente de realização ao longo do tempo.

Verifica-se que existe falta de reconhecimento por parte dos professores da PHDA na sala de aula.

Ainda existe uma enorme falta de consciencialização da classe docente para as realidades da PHDA (Sosin, David & Myra 1996).

A literatura de uma maneira geral aponta que existe na realidade uma falta de conhecimento dos professores sobre a PHDA, (Shapiro & DuPaul, 1993 cit. Sciutto et al. 2000).

Sugere-se também que os professores têm geralmente pouco conhecimento sobre a natureza, curso, causas, e consequências da PHDA, e que tendem a esconder as próprias percepções sobre intervenções apropriadas para esta população. (Pfiffner e Barkley (1990) cit Sciutto et al. 2000).

Deve ser feito um esforço por parte de todos os agentes educativos para que sejam desenvolvidas estratégias que visem a inclusão de todas as crianças na escola.

A organização da escola deve fazer um esforço acrescido no sentido de criar condições na sua estrutura para facilitar a implementação de novas políticas, culturas e práticas inclusivas (Ainscow, 2002).

Assim com o presente estudo pretende-se explorar e comparar as percepções dos 1º, 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico, de um Agrupamento de Escolas relativamente às variáveis de Conhecimento (características, prevalência, etiologia, evolução, diagnóstico, problemas associados), Percepções de Impacto (efeitos no contexto) e Atitudes (formas de intervenção e estratégias de sala de aula) em relação a crianças/jovens com PHDA.

Queremos também com este estudo Contribuir para uma melhor inclusão das crianças com PHDA nas escolas que frequentam.

Pretende-se, no desenvolvimento de uma escola inclusiva, tornar menos preponderante a diferença de posições que existe valorizando os processos de escuta, cedendo espaços a práticas e conhecimentos já existentes, percebendo a diferença como oportunidade para aprender, promovendo a reflexão dos agentes sobre as barreiras à participação de todos, dinamizando os recursos para apoiar a aprendizagem, fomentando o desenvolvimento de uma linguagem ligada à prática, promovendo a partilha do poder e criando condições no seio da escola para que esta seja capaz de se autonomizar enquanto instituição de forma a poder aceitar riscos (Ainscow et al.; 2000).

Deste modo a educação inclusiva “opõe-se à utilização do poder de forma prepotente e autocrática” (César, 2003: 127).

Uma escola a caminho da inclusão é uma escola que opta por outros tipos de valores. Parecem importantes três deles: uma escola que rejeita exclusão, promova a abolição das barreiras à aprendizagem e que dê prioridade à aprendizagens em grupos assumidamente heterogéneos, (Rodrigues 2007).

Este Trabalho é constituído pelas seguintes fases:

Introdução

Apresentação geral do tema em estudo.

Capítulo I

Neste capítulo faz-se referência ao problema que se pretende estudar/investigar.

Capítulo II

Apresentamos a revisão da literatura, onde são desenvolvidas as várias temáticas relacionadas com a PHDA e fazemos referência à importância do professor na percepção da PHDA para uma melhor inclusão dos alunos com PHDA.

Capítulo III

Referimos os objectivos do estudo e os métodos e procedimentos utilizados para a realização do mesmo.

Capítulo IV

Apresentação dos Dados, análise dos mesmos e discussão dos resultados.

Capítulo V

Conclusão onde é referido se os objectivos propostos neste trabalho, foram atingidos, bem como as limitações do estudo e sugestões para trabalhos futuros.

Capítulo I

1 - Formulação do Problema

As crianças com PHDA são crianças que demonstram uma desadaptação escolar, esta não está apenas relacionada com as aprendizagens, está também relacionada com o relacionamento entre pares e os professores.

Para Salgueiro (1983) a criança transforma-se em regra num adolescente menos irrequieto mas com problemas de atenção e concentração, de fadiga fácil e de baixo rendimento escolar.

A criança com PHDA torna-se um adolescente com pouca capacidade de concentração, um estilo cognitivo impulsivo, distúrbio do comportamento e ocasionalmente dificuldades específicas de aprendizagem (Melo, A. R., 2003).

Para os Professores que tem turmas com bastantes alunos não será tarefa fácil, lidar com os alunos também com PHDA. Por isso não é de admirar que experimentem sentimentos de frustração ou se sintam perdidos (Rebelo, 1998).

Muitos estudos demonstram que os professores não têm conhecimento adequado sobre a PHDA.

Vários trabalhos relacionados directamente com o conhecimento da PHDA revelaram que os educadores possuem juízos falsos específicos sobre PHDA (Sciutto et al, 2000).

Glass & Weagar (2000) referem num estudo relativo às percepções dos professores na incidência e actuação com a PHDA, que a percepção dos professores de estudantes exibindo comportamentos de PHDA, excedeu em muito a percentagem que seria esperada em função de estudos nacionais actuais.

A literatura de uma maneira geral aponta que existe na realidade uma falta de conhecimento dos professores sobre a PHDA, tendo sido esta, identificada como um dos maiores obstáculos para responder às necessidades de crianças com PHDA (Shapiro & DuPaul, 1993 cit. Sciutto et al. 2000).

Por seu lado Buchoff, 1990 cit. McFarland et al (1995) confirma que na verdade, alguns professores não sabem o que é a PHDA nem como identificar a sua condição.

Sugere-se também que os professores têm geralmente pouco conhecimento sobre a natureza, curso, causas, e consequências da PHDA, e que tendem a esconder as próprias percepções sobre intervenções apropriadas para esta população. (Pfiffner e Barkley (1990) cit Sciutto et al. 2000).

Um dos juízos falsos mais comum é o de que os sintomas de PHDA são causados ou modificados por mudanças dietéticas (Barbaresi & Olsen, 1998; DiBattista & Pastor, 1993; Jerome, Gordon, & Hustler, 1994 cit. Sciutto et al. 2000).

Os professores tendem também a ser menos informados sobre os efeitos colaterais de medicamentos estimulantes (Barbaresi & Olsen, 1998; Kasten, Coury, & Garça, 1992 cit. Sciutto et al. 2000) e acreditam que as crianças com PHDA superarão os seus sintomas com o tempo (Jerome et al., 1994 cit. Sciutto et al. 2000).

Segundo Fonseca et al. (1998) num estudo relativo às percepções que os adultos portugueses têm do que é a PHDA como aparece definido no DSM-IV (1994), conclui-se que diferem, em muitos aspectos, nomeadamente no que se refere à sua explicação, bem como no seu tratamento.

Assim sendo, e pelo facto de existir uma correlação significativa entre o conhecimento que os professores têm sobre a PHDA e as suas atitudes (Ghanizadeh et al. (2006)) é importante “educar” os professores no que concerne às características de PHDA para que de uma forma mais eficiente se estabeleça um diagnóstico definitivo e promover referências exactas.

Raposo (1988) num estudo relativo à formação psicopedagógica de professores, conclui que a reforma e a melhoria do sistema educativo dependem, em larga medida, de um aperfeiçoamento dos sistemas de formação de professores e da intervenção dos psicólogos nas escolas.

Por seu lado, Rebelo (1997) chama a atenção para a necessidade da escola dispor de serviços de apoio escolar, onde existam profissionais especializados ao nível do diagnóstico, da planificação e intervenção remediativa e a quem os professores possam recorrer.

Em consequência de tudo isto, avaliar o conhecimento dos professores e as suas atitudes relativas à PHDA é frequentemente o alvo inicial da intervenção baseada na escola (Pfiffner & Barkley, 1990 cit. Sciutto et al. 2000) e sem a consciência de que existe algum desconhecimento nesta matéria, os professores não podem tomar atitudes e receber a ajuda profissional que as necessidades dos estudantes requerem (McFarland et al, 1995).

Por outro lado, o estudo da percepção que os docentes têm da perturbação poderá facilitar a compreensão da natureza dos comportamentos das crianças/adolescentes observados condicionando por consequência os sistemas de apoio que lhes poderão vir a ser prestados. Como reforça um estudo de Weisz & Eastman, 1995 cit. Fonseca et al, 1998, o encaminhamento das crianças para serviços de diagnóstico e/ou aconselhamento psicológico vai depender obviamente da percepção que os adultos têm da natureza, gravidade e evolução dos seus sintomas.

O professor de turma desempenha um papel importantíssimo no reconhecimento e tratamento do jovem com PHDA (Sosin, David & Myra 1996).

Tendo em conta tudo o que foi referido e visto que os professores desempenham um papel muito importante no desenvolvimento de todo o processo educativo, pretende-se por isso com este estudo investigar, a Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar e fazer o estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico.

Capítulo II

2 - Revisão da Literatura

2.1 - Perspectiva Histórica de Definição do Conceito de PHDA

A evolução histórica de definição do conceito de PHDA não é única.

No século XIX a “PHDA” era confundida com estados de Perversão (Bourneville, 1896), de Psicopatia (Kraepelin, 1898) ou Deficiência Mental (Philippe e Paul Buncour, 1905 cit. por Abramson).

A instabilidade era o termo mais utilizado na literatura, sendo considerada como um Sintoma de Perturbações Mentais graves, como as Psicopatias, as Psicoses, as Esquizofrenias e de Deficiência como a Deficiência Mental.

A sua descrição clínica faz-se com base na Psicopatologia do Adulto, não existindo estudos sobre a criança.

Em 1937, Charles Bradley (cit por Barkley, 2006), mostrou mais uma linha de relação da PHDA com o biológico através da descoberta de alguns estimulantes, como as anfetaminas ajudavam as crianças com PHDA a concentrarem-se melhor.

No início do século XX a literatura apresenta como causa mais provável para a Hiperactividade, a Lesão Cerebral (Strauss e Lethinen, 1947, cit. por Barkley 1988; Rutter, M. 1968).

A primeira metade do Século XX pode ser considerada como o segundo período da história da PHDA. Nesta altura nos países de língua Inglesa a “PHDA” é vista como um sintoma que se denomina de Hiperquinésia ou Hiperactividade e que tem origem numa Lesão Cerebral que poderá ser ou não detectada.

Surge a designação de Lesão Cerebral ou Lesão Cerebral Mínima para o Síndrome que inclui a Hiperquinésia, a Falta de Atenção a Impulsividade e o Atraso Escolar.

O tipo de terapêutica utilizado resumia-se à administração de medicamentos que pudessem acalmar as crianças e viessem a ter efeitos positivos ao nível do funcionamento cerebral.

Na literatura Francesa surge o termo de Instabilidade Psicomotora (impulsividade, falta de atenção, incapacidade de concentração, necessidade exagerada de movimento) e que também foi durante muito tempo associado a um sintoma de Lesão Cerebral.

Em 1959, Denhoff (cit por Barkley, 2006), referiu que a perturbação seria uma espécie de disfunção cerebral, uma vez que não era comprovada evidência de lesão cerebral na maioria das crianças. Descrevia-a como uma perturbação hipercinética do impulso, caracterizada pela agitação, hiperactividade, diminuição progressiva da atenção, concentração escassa, distração e irritabilidade deveriam ser consideradas como componentes comportamentais (Knobel, 1959, Levy, 1997 cit por Barkley, 2006).

A ideia para comportamentos alterados nessas crianças sugeria evidências de alguma lesão cerebral, mesmo quando não houvesse lesão conhecida (Strauss e Kephart 1995 cit por Barkley, 2006).

Surgia assim o conceito da Lesão Cerebral Mínima, que se manteve até à década de 60, sendo substituído pelo conceito de Disfunção Cerebral Mínima.

Nos anos 60 Chess (cit. Por Lopes, 2003) falou no excesso de actividade como um sintoma central da doença, realçou a importância de construção de instrumentos objectivos de avaliação, retirou aos pais a culpabilidade pelos problemas dos filhos e separou os conceitos de Síndrome de Hiperactividade e Síndrome de Lesão Cerebral.

No final dos anos 60 muito já se sabia sobre a PHDA, mas a evidência que relacionava a perturbação a uma base biológica começou a gerar discussões sobre a existência da mesma. Muitos acreditavam que a perturbação era uma tentativa de retirar aos pais a culpa de terem filhos mimados e mal comportados. Depois deste período de incertezas, novas descobertas começaram a ser feitas ligando os problemas associados à PHDA a certos tipos de neurotransmissores (Messina & Tiedemann, 2006).

No início da década de 70, a definição das características das crianças com PHDA ou hipercinéticas surgiu para confirmar o que investigadores antes diziam, como tendo apenas características associadas, impulsividade, falta de atenção, pouca tolerância à frustração, distração e agressividade (Marwitt & Stonner, 1972, Safer & Allen, 1976 cit por Barkley 2006).

Outros, como (Wender, 1971, 1973 cit por Barkley 2006), persistem numa outra teoria, características como: trapalhão, desequilíbrio motor, e comportamento conflituoso, eram vistas como marcas da síndrome e onde a hiperactividade era desnecessária para o diagnóstico.

Nesta época, década de 70, a hiperactividade deixa de ser o factor essencial da perturbação. As inúmeras investigações que surgem passam a colocar a tónica na importância do défice de atenção e impulsividade (Lopes, 2003).

Dos anos 70 até aos anos 80 pesquisou-se muito acerca das características da PHDA tornando-se esta perturbação, uma das problemáticas de maiores estudos psiquiátricos, da infância.

Na década de 80, vários autores (Mattes, Gualtieri e Chelune, 1984 cit por Barkley 2006), especulavam sobre o envolvimento dos lobos frontais na PHDA devido à semelhança de sintomas apresentados por pacientes com esta perturbação e aqueles que sofreram danos nos lobos frontais devido a acidentes ou outros problemas.

Investigadores há muito que suspeitavam que a PHDA estava associada a atrasos de desenvolvimento do funcionamento cerebral. A suportar esta ideia estão inúmeros estudos neuropsicológicos mostrando défices na performance de crianças com PHDA (Barkley, 2006).

No final dos anos 80, fica-se com a noção de que a PHDA, era uma condição de desenvolvimento deficiente, geralmente crónica, tendo uma forte componente biológica e hereditária, e ainda um significativo impacto negativo, na vivência social ou no percurso académico de muitas destas crianças. Houve um grande enfoque na pesquisa das bases neurológicas e genéticas (Barkley,2006).

Ainda que os autores, à data refiram que não há uma única explicação para a PHDA, a tónica é colocada na perspectiva de uma diversidade de causas (Barkley 1988).

A PHDA não é uma doença dos tempos modernos. Há mais de uma centena de anos Still (1902,cit por Lopes, 2003) descreveu um conjunto de crianças que apresentavam um excesso de actividade motora e um escasso controlo de impulsos. Still defendeu que a doença tinha uma origem orgânica e identificou características físicas comuns às crianças hiperactivas: cabeça demasiado grande, malformações no palato e vulnerabilidade às infecções.

A década de 90 foi de intensa investigação. O DSM-III (APA, 1980,cit.por Lopes, 2003) apresenta novos critérios de diagnóstico com base nas investigações realizados nos anos anteriores. Os sintomas são apresentados numa lista detalhada de verificação de comportamentos. São criados alguns subtipos desta perturbação: PHDA com Hiperactividade; PHDA sem Hiperactividade; e PHDA residual que constitui um subtipo com contornos pouco definidos.

Ao longo desta década de 90, estudos mostram que a hereditariedade poderá explicar 50- 97% das características da PHDA (Barkley,2006).

O DSM-IV (APA, 1994 cit. Lopes,2003) divide os sintomas de uma forma diferente dos manuais anteriores, como já foi referido anteriormente .O DSM-IV mostra a importância do despiste realizado em ambientes estruturados, como na sala de aula, e considera que os professores são observadores particularmente privilegiados.

2.2 - Perspectiva Actual de Definição do Conceito de PHDA

Actualmente e no que se refere à definição da perturbação e das formas de diagnóstico, surgem sobretudo três grandes perspectivas, a Americana, a Francesa e a da Organização Mundial de Saúde. Contudo, é a Associação Americana de Psiquiatria que mais se tem dedicado ao estudo das crianças com PHDA.

Uma das definições mais utilizadas pela Psiquiatria Americana e presentemente também na Europa é a da revisão da 4a edição do Manual Estatístico de Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM IV¹-TR, 2002) e a que passaremos em seguida a referir.

Relativamente ao diagnóstico da PHDA, o DSM IV-TR (APA², 2002) refere que a perturbação requer a presença persistente e perturbadora de, pelo menos, seis sintomas numa lista de dezoito, metade destes relacionados com problemas de atenção, e a outra metade relacionada com problemas de hiperactividade/impulsividade.

1 Manual de Diagnóstico Estatístico de Desordens Mentais.

2 Associação Americana de Psiquiatria.

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (DSM IV - TR (2002))

A. (1) ou (2):

(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelos menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente, em relação com o nível de desenvolvimento.

Falta de Atenção

(a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades lúdicas;

(b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades;

(c) com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem directamente;

(d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos, ou deveres no local de trabalho (sem ser por oposição ou por incompreensão das instruções);

(e) com frequência tem dificuldade em organizar tarefas ou actividades;

(f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa);

(g) com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);

(h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;

(i) esquece-se com frequência das actividades quotidianas.

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperactividade – impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente com o nível de desenvolvimento.

Hiperactividade

(a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;

(b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;

(c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescente ou adultos pode limitar-se a sentimentos de impaciência);

(d) com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;

(e) com frequência "anda" ou só actua como se estivesse "ligado a um motor";

(f) com frequência fala em excesso.

Impulsividade

(g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;

(h) com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez;

(i) com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).

In: Associação Americana de Psiquiatria, 1994

Figura -1.1: Critério de diagnóstico da PHDA segundo o DSM-IV

Segundo a APA (DSM-IV-TR, 2002), existem alguns critérios que servem de guia para o Diagnóstico desta perturbação. São eles e citando:

A) A característica essencial de PHDA é um padrão persistente de falta de atenção *e/ou* impulsividade-hiperactividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento;

B) Alguns sintomas de hiperactividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam problemas devem ter-se manifestado antes dos sete anos de idade. Contudo, muitos sujeitos são diagnosticados depois de os sintomas terem estado presentes durante vários anos, especialmente no caso de indivíduos com o Tipo Predominantemente Desatento;

C) Alguns problemas relacionados com os sintomas devem ocorrer, pelo menos, em duas situações (por exemplo em casa, na escola ou no trabalho);

D) Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral;

E) A perturbação não ocorre exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não é melhor explicada por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).

(DSM-IV-TR, 2002, p.85)

A heterogeneidade desta população reflecte a forma como as características, que podem ser consideradas comuns em todos os indivíduos com PHDA, se repercutem em cada indivíduo. Algumas crianças apresentam uma maior predominância de sintomas de falta de atenção, e outras de impulsividade-

-hiperactividade. Como tal, o diagnóstico deve ser feito de acordo com cada um dos subtipos (cit. APA, 2002, pp. 87):

Codificação baseada no tipo:

Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Misto: se estão preenchidos os critérios A 1 e A2 durante os últimos seis meses;

Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção Tipo Predominantemente Desatento: se esta preenchido a critério A1 mas não o critério A2 durante os últimos seis meses;

Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo: se o critério A2 está preenchido mas não o critério A1 durante os últimos 6 meses.

Notas de codificação. Para sujeitos (especialmente adolescentes e adultos) que actualmente tenham sintomas e que já não preencham todos os critérios, deve especificar-se «em Remissão Parcial» In: Associação Americana de Psiquiatria, 1994.

Segundo alguns autores os critérios de diagnóstico da PHDA apresentam simultaneamente vantagens e desvantagens.

Como resultante, no diagnóstico da PHDA, não só devemos ter em conta se a desordem existe mas o grau em que as características estão presentes e a forma específica de como a perturbação afecta o indivíduo em vários contextos (casa, escola, pares, etc.) (Barkley, R. 1998; Shelton, T. e Barkley, R. 1995).

Um dos grandes problemas colocados pela utilização dos critérios do DSM-IV é o facto de estes serem dicotómicos (presente/ausente) e não estarem definidos em função de fases de desenvolvimento (Barkley 1998).

No entanto Barkley (1998, 2ª edição) refere que os actuais critérios de diagnóstico presentes no DSM-IV são os mais rigorosos e derivados empiricamente de toda a história da PHDA.

O comité responsável pelos estudos conducentes a estes critérios foi constituído pelos mais prestigiados investigadores na área e foram derivados a partir de inúmeras revisões bibliográficas e ainda a partir de um conjunto de escalas e questionários de despiste da perturbação.

Segundo Barkley os critérios do DSM-IV apresentam claros progressos em relação aos anteriores.

2.3- Quais as causas do aparecimento da PHDA na criança

São vários os modelos criados que tentam explicar quais as causas do aparecimento da PHDA na criança.

Os progressos ao nível da genética, neuro imagem e conceptualização da PHDA nos anos 90 têm sido substanciais e de importância inestimável para a compreensão do problema.

Alguns autores abordaram as causas da PHDA numa linha de estudo sociológico encarando a perturbação como “um sinal cultural do nosso tempo” (Block, 1977 cit. por Barkley, 1988).

A abordagem actual utiliza termos como Factores de Risco (Cook, 1999; Overmeyer, S., Taylor, E., Blanz, B. E; Shmidt, M. H., 1999; Bierdman e col. 1996); Factores de Protecção (Cook, 1999), de Susceptibilidade (Cook, 1999) ou de Vulnerabilidade.

Há outras teorias que consideram que factores familiares podem constituir uma das causas que podem favorecer o aparecimento da PHDA.

Outro factor considerado por alguns autores como preditivo de um futuro desajustamento, embora especificamente quanto ao desenvolvimento da auto-regulação é, segundo Olson e col. (1990) O estilo de interacção entre pais e filhos.

Algumas teorias referem problemas familiares como, discórdia conjugal, baixa instrução da mãe, famílias com apenas um dos pais serem uma das causas da PHDA já que, em qualquer perturbação do comportamento, é provável que a criança aprenda a comportar-se de modo “desatento” ou “hiperactivo” simplesmente por ver determinados comportamentos dos pais, o que exclui o papel dos genes (Simões, 2007).

Há teorias que defendem que factores genéticos são uma das causas da PHDA. Na literatura há referências a um provável peso da hereditariedade (Vasquez,1997).

Para alguns autores é possível que a PHDA esteja relacionada com causas multifactoriais onde a genética e o ambiente interagem para a génese do problema, isto é, "as crianças prematuras e aquelas que têm pequeno tamanho para a idade gestacional, parecem ainda predispostas a ter PHDA. Outros factores de risco são a exposição ao uso excessivo de álcool, exposição ao chumbo após o nascimento e infecções cerebrais". (Batshau, 1990,pp.,271).

A maioria dos modelos explicativos da PHDA fundamenta-se em componentes genéticas e ambientais numa proporção relativa ao comum de todas as perturbações. (Cook , E. 1999).

A PHDA é o resultado da influência social e cultural num grupo de indivíduos que progressivamente e por questões de pré-disposição biológica tem maior probabilidade de desenvolver a perturbação (Melo, A. R., 2003).

Quando identificamos uma criança com PHDA, se pesquisarmos na mesma família, fatalmente encontraremos pessoas com o mesmo problema. Muitas vezes as manifestações do problema têm início na infância. Ninguém adquire a perturbação na adolescência ou idade adulta. No entanto estudos têm refutado esta ideia, por considerarem, as dificuldades familiares, serem mais consequência do que causa (Simões, 2007).

Os estudos de neuro imagem evidenciam alterações morfológicas e fisiológicas nos circuitos frontoestriados envolvidos na planificação e acção voluntária.

Os estudos genéticos evidenciam uma tendência familiar e hereditária e avançam com a identificação de genes candidatos envolvidos na regulação do sistema dopaminérgico que por sua vez enerva os circuitos frontoestriados, aumentando a susceptibilidade para uma PHDA (Melo, A. R., 2003).

Há também teorias que defendem que factores de ordem cerebral são uma das causas da PHDA.

As crianças com PHDA não produzem substâncias químicas suficientes em áreas chave do cérebro, responsáveis pela organização do pensamento. Sem estas substâncias, os centros responsáveis pela organização do cérebro não funcionam correctamente (Barkley 2006).

A atitude dos pais nada tem a ver com a génese da PHDA. Mas parece cada vez mais evidente que problemas familiares (desentendimentos, separações, violência) e económicos (pobreza desemprego) aumentam o risco de que problemas comportamentais e emocionais se acrescentem à PHDA. Mas é claro, que num meio familiar afectuoso e tolerante, diminuirá a probabilidade do aparecimento dessas complicações (Falardeau1997).

Depois de vários estudos concluiu-se que provavelmente, as causas que conduzem à PHDA dependem de factores diversificados, familiar, cerebral e genético, sendo difícil determinar, na maior parte dos casos, uma etiologia precisa, já que não é detectável, nenhum dano cerebral. Apesar de se terem verificado progressos significativos ao nível da identificação das causas da PHDA, continua a ser difícil indicar um factor responsável por esta perturbação, o que permitiu atribuir-lhe diferentes tipos de teorias (Lopes, 2003).

Em suma os estudos neuropsicológicos sugerem que a PHDA seja melhor explicada com base num modelo de conceptualização que implica um défice nos mecanismos cognitivos de inibição da resposta.

2.4 - Incidência da PHDA

As constantes alterações nos critérios de diagnóstico tem levado a diferentes prevalências e incidências para a PHDA.

A prevalência varia também em função do sexo, idade, estatuto sócio económico, raça/etnia de proveniência dos indivíduos e tipo de amostra utilizada nos estudos.

Barkley (1981) refere que os rapazes apresentam maiores dificuldades de dar atenção a estímulos relevantes e inibir respostas a estímulos irrelevantes e King e Young (1981; cit. por Dehass, 1986) e Paulauskas e Campbell, (1979, cit. por Dehass, 1986) referem que apresentam também maiores problemas em termos de relação social.

Assim, os rapazes hiperactivos terão maior tendência ao insucesso escolar (Whalen e Henker, 1980, cit. por Dehass e Young, 1984).

Para Salgueiro (1983), a instabilidade tem uma expressão diferente nos rapazes e nas raparigas, mais com “sintomas da série motora nos rapazes” e “sintomas de série depressiva nas raparigas” como tal as raparigas surgem menos nas consultas de psiquiatria, dado que a inibição é mais “suportável” do que a irrequietude.

Segundo, Serrano (1990), 8% dos rapazes em idade escolar sofreram de PHDA, contra apenas 2% das meninas. Esta discrepância pode estar relacionada com factores culturais e físicos e até a aplicação dos critérios de diagnósticos podem ser diferentes. É preciso salientar que os factores culturais são fulcrais, na medida em que, as expectativas dos pais e dos professores variam segundo o sexo. O autor aponta também diferenças hormonais ao nível do sistema nervoso central, dado que o processo de maturação no rapaz é mais lento, fazendo com que esteja mais vulnerável e influenciável, a comportamentos hiperactivos.

Ao longo de vários estudos verificou-se que a PHDA afecta com maior frequência os rapazes do que as raparigas (Breton, J.J., Bergeron, L., Valla, J.P., Berthiaume, C. e Gaudet, N., 1999), independentemente da idade ou de outras variáveis sócio-demográficas, sendo esta proporção aproximadamente, de 3 para 1 (MacGee e col.; 1995 cit. por Fonseca, A.C., 1998).

A diferença entre as taxas realizadas em estudos clínicos e comunitários pode estar associada á predominância de PHDA em meninos, o que conduza maiores queixas de comportamento e encaminhamento (Biederman et al., 1996 cit por Barkley 2006).

Segundo alguns estudos transnacionais a prevalência varia de país para país, sendo esta variação originada pela utilização de diferentes definições e operacionalizações do problema.

2.5 - Características da PHDA

São três as características fundamentais da PHDA (Défice de Atenção, Hiperactividade e Impulsividade) e considerados pela maioria dos autores como essenciais para a elaboração do diagnóstico.

2.5.1 - Défice de Atenção

O défice de atenção é uma característica muito importante da PHDA. A criança tem muita dificuldade em manter-se atenta por longos períodos de tempo.

Vários estudos mostram que as crianças com PHDA apresentam problemas académicos derivados das dificuldades ao nível da atenção, como por exemplo não terminarem as suas tarefas, sobretudo as mais monótonas como as que implicam a escrita, a leitura, a matemática ou exposição de um assunto oralmente. Por outro lado apresentam mais dificuldades de memorização e de seguir instruções. Como tal devem ser ensinadas de forma diferente, mesmo daquelas com dificuldades de aprendizagem (Richards e Col. 1990).

Ao nível da atenção, embora as capacidades de processamento de informação se encontrem intactas estas crianças revelam um desempenho fraco em tarefas que lhes cedam suporte diminuto, revelam pouco interesse ou se encontrem associadas a factores de distracção (Fonseca, 1998).

2.5.2 - Hiperactividade

As crianças com PHDA apresentam, geralmente actividade motora excessiva.

Segundo Barkley (1981) o excesso de actividade motora surge sobretudo em situação de sala de aula, dado que é aí que a exigência ao nível da concentração e inibição da actividade se torna maior.

Respondem também com maior agressividade (quer física quer verbal). Assim são consideradas mais imaturas em termos sociais e emocionais (Barkley, 1981).

Segundo Micouin e Boucris (1988) o excesso de actividade motora ou hiperactividade é a principal característica das crianças instáveis.

A criança com hiperactividade é incapaz de controlar a sua atenção, a sua impulsividade e a necessidade de movimento. Não se trata de uma ausência de vontade, mas de uma ausência de controlo. (Falardeau, 1997).

“Refere-se aos níveis excessivos de actividade motora ou oral, características da criança com hiperactividade, o que faz dela uma criança muito inquieta nervosa, exibindo em geral movimentos grosseiros e desnecessários, irrelevantes para a tarefa e, por vezes, despropositados e “faladora”, (Barkley, 1998 cit. por Lopes, 1998, pp.,18).

São também sujeitas a mais sanções reprimendas e castigos do que as crianças sem PHDA (Melo, A. R., 2003).

As crianças com hiperactividade apresentam, normalmente, níveis excessivos de actividade motora ou oral, que se manifestam pela irrequietude, nervosismo, movimentos grosseiros e desnecessários para a tarefa e por vezes, desproporcionados (Barkley, 2006).

2.5.3 - Impulsividade

As crianças com PHDA respondem mais rapidamente e cometem mais erros do que as outras, quando submetidas às mesmas condições de avaliação.

Agem sem pensar nas consequências do seu comportamento.

A impulsividade característica central na PHDA, manifesta-se por impaciência, responder antes de ouvir a pergunta, dificuldade em esperar, interromper os outros, dificuldade em seguir instruções, fazer comentários inoportunos, partir objectos sem querer ou mexer nas coisas dos outros (APA,1994).

A impulsividade pode ser definida como o fracasso na inibição de comportamento (Lopes, 2003).

Segundo, Barkley (2006), a impulsividade reside na dificuldade de inibir o comportamento em resposta a exigências situacionais (...).

A impulsividade consiste na dificuldade em regular a conduta, uma vez que passam à acção, sem reflexão prévia o que se traduz por uma não aceitação das regras sociais, exigem a satisfação imediata dos seus desejos e tem tendência a praticar actividades perigosas (Barkley 2006).

2.6 - Características que podem surgir associadas à PHDA

São muitas Características que podem surgir associadas à PHDA mas nem todas as crianças com PHDA apresentam todas essas características.

Algumas das crianças com PHDA podem apresentar problemas cognitivos. Ligeiras dificuldades intelectuais, dificuldades na leitura (dislexia), na escrita (disgrafia), na matemática ao nível do cálculo (discalculia) ao nível da memória de trabalho verbal e não verbal...).

Essas crianças têm diversas dificuldades de aprendizagem, que leva a atrasos em algumas áreas de conteúdo, nomeadamente a leitura, a escrita, a expressão oral, cálculo etc. (Falardeau, 1997).

As crianças com PHDA podem também revelar problemas de linguagem (disfasia, dislalia, disartria e distúrbios do ritmo).

Atraso no início da aquisição da linguagem, dificuldades no discurso oral, falar excessivamente...

Podem ter dificuldade ao nível do Comportamento Adaptativo.

Dificuldades nas actividades motoras, autonomia, responsabilidade pessoal, independência social e nas relações sociais...

Estas crianças podem ter também atraso no desenvolvimento da coordenação motora (descoordenação motora e excesso de movimentos) ...

Algumas crianças com PHDA têm dificuldade em controlar as suas emoções.

Dificuldade em lidar com a frustração, irritam-se com muita facilidade, são hostis, apresentam baixa auto-estima, são imprevisíveis apresentam variabilidade de humor...

No campo das Emoções e Afectividade umas das principais características descritas para as crianças com PHDA é a dificuldade de auto – regulação das emoções. A irritabilidade a hostilidade, a excitabilidade e um hiper reactividade emotiva são frequentemente descrições da criança com PHDA (Barkley, 1990).

Podem apresentar comportamentos disruptivos na sala de aula, prestações abaixo das suas capacidades, dificuldades de aprendizagens específicas, retenções, necessidade de um tutor, suspensões e expulsões escolares, não terminar o ensino secundário...

Podem revelar pouca persistência e baixa motivação, na realização das tarefas...

Têm maior tendência para acidentes, possível atraso de crescimento durante a infância, dificuldades de sono...

Apresentam dificuldade em cumprir instruções, regras, ordens...

As características da PHDA também podem variar consoante o sexo, os rapazes com PHDA terão mais tendência ao insucesso escolar, (Whalen e Henker, 1980, cit. por DeHass, P. e Young, R. D., 1984).

Paulauskas e Campbell, (1979, cit. por DeHass, 1986) referem que os rapazes apresentam também maiores problemas em termos de relação social.

Outro dos factores da variabilidade é o contexto. As características da PHDA variam em grau de severidade da sua expressão consoante a situação a que a criança está sujeita. Barkley (1998).

2.7 - PHDA e Comorbilidades Psiquiátricas

Têm sido feitos estudos em relação à comorbilidade entre PHDA e Perturbação de Oposição e da Conduta, PHDA e Perturbações do Humor e da Ansiedade, PHDA e Doença Bipolar, PHDA e Perturbações Psicossomáticas, PHDA e Dificuldades de Aprendizagem, PHDA e Perturbação da Leitura, Deficiência Mental e PHDA, Síndrome de Tourette e PHDA e verificou-se que existe prevalências de comorbilidades entre a PHDA e as referidas Perturbações Psiquiátricas.

2.8 - Como avaliar e intervir na PHDA

Conceptualmente, avaliar é um processo de recolha de dados com o objectivo de especificar e verificar problemas e tomar decisões sobre os indivíduos (Salvia & Ysseldyke, 1991).

O diagnóstico das crianças com PHDA é um diagnóstico difícil de fazer.

As crianças têm comportamentos muito diferentes umas das outras e também não existe nenhum exame rigoroso que confirme com toda a certeza se a criança tem PHDA.

Os testes psicológicos têm contribuído para ajudar no diagnóstico da PHDA.

Segundo Batshau (1990), os testes psicológicos podem mostrar uma discrepância entre o desempenho verbal e visual – perceptivo, os testes educacionais normalmente revelam a evidência de um problema de atenção e de dificuldade de aprendizagem.

Segundo Nielsen (1997), para que um destes critérios comportamentais seja considerado válido, é preciso que se repita, mais vezes, numa criança com PHDA, do que numa criança com a mesma idade e considerada normal.

Outro aspecto a ter em conta é que estes comportamentos são inapropriados à idade, ao nível de desenvolvimento da criança e verificam-se em diferentes contextos.

Os sintomas que aparecem num só ambiente, devem ter uma investigação mais cuidada, para ver se não são de origem psicológica. Para se evitar complicações, quer no diagnóstico, quer depois do tratamento, é preciso que uma criança que se suspeite de PHDA seja avaliada por profissionais bem treinados, entre os quais, pediatra do desenvolvimento, psicólogo especializado no trabalho com crianças, psiquiatra ou um neurologista pediátricos (Nielsen 1997).

A avaliação da criança com PHDA deve passar por várias fases: uma avaliação médica clássica, uma avaliação comportamental e uma avaliação cognitiva e académica.

Assim para Boavida (1998), a avaliação médica deve incluir a história pessoal e familiar, factores de risco (pré, peri e pós natais), exame físico, avaliação do neuro-desenvolvimento, da visão e da audição.

A avaliação comportamental segundo Boavida (1998) deve orientar-se para os componentes PHDA, nomeadamente a atenção, actividade e os impulsos.

Na avaliação cognitiva e académica, o objectivo é estabelecer o perfil psicométrico e desempenho académico. Permite, então determinar as áreas fracas e recolher informação sobre as capacidades intencionais de aprendizagem e de inteligência, que possam facilitar a incorporação no processo individual de intervenção (Boavida, 1998).

Toda esta avaliação deve ser feita por vários especialistas, pediatra, psicólogo, psiquiatra, neurologista e outros se necessário.

Não existe nenhum sinal físico nem alteração de resultados de análise que possam confirmar ou negar um diagnóstico. O diagnóstico é essencialmente clínico baseado em critérios comportamentais (Boavida et al, 1998).

A avaliação da PHDA implica a utilização de diferentes instrumentos, com diferentes objectivos, e quase sempre uma equipa multidisciplinar. Na maior parte das vezes a avaliação da PHDA tem como objectivo a determinação do diagnóstico.

O trabalho multidisciplinar é fundamental, tanto no diagnóstico como no tratamento.

A avaliação da PHDA envolve o uso de múltiplos processos e instrumentos e direcciona-se resumidamente para o estabelecimento do diagnóstico, para a avaliação do percurso de intervenção, para a avaliação das situações de comorbilidade e ainda para avaliar as áreas fortes e fracas em termos psicológicos e considerar como é que o perfil do indivíduo poderá influenciar a intervenção (Barkley, 1998).

Segundo a APA o diagnóstico da PHDA requer que a criança preencha os critérios de diagnóstico do DSM-IV, de forma a minimizar os riscos de sobre-identificação e sub-identificação. Visto que os referidos critérios reúnem um maior consenso no corpo clínico.

O diagnóstico resulta da síntese de um conjunto de informação recolhida junto da família, escola/trabalho e do próprio indivíduo, de entrevistas e de uma observação directa.

No entanto o DSM-IV apresenta algumas limitações no plano da avaliação:

- Os estudos para o desenvolvimento e testagem dos critérios de diagnóstico foram realizados com indivíduos institucionalizados;
- O número de critérios para estabelecer o diagnóstico baseia-se em dados empíricos;
- Os actuais critérios de diagnóstico não têm em conta as diferenças de género nem a influência da idade;
- As características comportamentais referidas no DSM-IV são subjectivas e sujeitas a interpretações pessoais dos observadores.

Devido a estes factores a utilização do DSM-IV na elaboração do diagnóstico da PHDA deve ser feita tendo em conta outras informações baseadas em dados clínicos e noutros instrumentos de avaliação e diagnóstico.

Também se deve ter em conta a confirmação dos sintomas por parte dos indivíduos que lidam frequentemente com a criança, (pais, professores...).

A informação recolhida junto dos pais e da escola deve ser feita através de entrevistas, questionários, listas de verificação e escalas de avaliação. É também importante avaliar o contexto familiar e o estilo parental.

2.9 - Desenvolvimento dos Processos de Avaliação e Metodologias de Intervenção em relação à PHDA

Desde os anos 70 que há indicações de que as crianças com PHDA parecem ter pais com o mesmo problemas ou pelo menos com outras desordem psiquiátricas (Cantwell, 1975, cit. por Barkley, 1998, Morrison e Stewart, 1973, cit. por Barkley 1998).

Actualmente aceita-se que 66% dos casos de PHDA da infância se mantêm na idade adulta (Barkley, Fisher e col., 1990, cit. por Barkley, 1998).

Na década de 80 houve o desenvolvimento de novos instrumentos de avaliação da PHDA. Surgiram várias escalas de avaliação para além das escalas de Conners já muito utilizadas.

As escalas de Achenbach, designadas Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach e Edelbrock, 1983, 1986), o sistema de Gordon (Continuous Performance Test-CPT, 1983) as AcTeRS (Ullman e col; 1987 cit. por Barkley, 1998), o Home Situation Questionnaire – HSQ, Barkley Edelbrock, 1987), O Child Attention Profile (CAP, Barkley, 1987), e a PHDA Rating Scale-IV (DuPaul, e col. 1998) são novos instrumentos que permitem estudos mais sistematizados (Melo, A. R., 2003).

Deu-se nova ênfase aos processos de observação directa do comportamento, através de medidas específicas como os questionários e códigos específicos para observação em contexto escolar (Gittelman, 1988 cit. por Barkley, 1998).

Nesta altura dá-se também muita importância à combinação entre metodologias de intervenção. As mais utilizadas são as de natureza cognitiva-comportamental, para além da medicação.

Estas metodologias são sobretudo desenvolvidas em contextos ecológicos (família e escola).

São também desenvolvidos programas de treinos de pais, programas de modificação de comportamento na sala de aula e o treino de competências sociais.

Houve também um aumento do interesse público, da população sobre a PHDA, o que originou nos EUA o aparecimento de muitas associações de pais.

A década de 90 foi muito rica nos avanços científicos sobre questões de genética neuro-imagem e sobre um maior conhecimento da PHDA na idade adulta.

Foi uma década de estabelecimento de consensos internacionais a todos os níveis, começando pelos critérios de diagnóstico vigentes nos diferentes sistemas de classificação, até aos documentos publicados com normas directivas sobre avaliação e intervenção. (National Institute of Health Consensus Statement, 1998; American Academy of Pediatrics, 2000).

As mudanças ao longo da história foram significativas, quer nos conceitos, nas atitudes e respostas face à problemática da deficiência termo substituído quase completamente pela terminologia das necessidades educativas especiais e ao seu âmbito de acção/resolução.

As mudanças ocorridas durante o século XX na sociedade em geral tiveram reflexos profundos na escola e nas respectivas práticas pedagógicas.

A par destas mudanças, a educação de crianças com Necessidades Educativas Especiais em Portugal foi evoluindo através de diferentes perspectivas e diferentes metodologias de intervenção.

Esta filosofia de intervenção surge a partir da Declaração de Salamanca (1994) ao afirmar:

“As crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais, devem ter acesso às escolas regulares que a elas se devem adequar, através de uma pedagogia centrada na criança capaz de ir ao encontro destas necessidades. As escolas regulares, ao seguirem esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando, comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos.” (Declaração de Salamanca, 1994).

Em Portugal essas mudanças fizeram-se sentir acompanhando obviamente a tendência internacional.

Em Portugal foram criados os Apoios Educativos para darem apoio a crianças com Perturbações do Comportamento e da Aprendizagem.

Foram criados nas escolas Superiores de Educação e nas Universidades cursos de especialização em diferentes áreas (Motora, Cognitiva, Língua Gestual, Braille.) de professores para darem apoio a crianças com Necessidades Educativas Especiais.

O decreto-lei n.º 319/91 de 23 de Agosto revogado pelo decreto-lei n.º 3 de 7 de Janeiro de 2008 e o Despacho Conjunto 105/97 de 30 de Maio, revogado pelo Despacho 10 856/2005 de 13 de Maio.

O Ministério da Educação, preconizou a partir daqui modelos de intervenção educativa para crianças com Necessidades Educativas Especiais, que pretendem introduzir mudanças significativas no âmbito do apoio as estas crianças, centrando na escola um conjunto de intervenções promotoras do sucesso educativo de todas as crianças.

A partir daqui acentuou-se a crescente responsabilidade da escola regular pelos diversos alunos, sublinhando a importância do papel da família e referenciando a noção de uma Escola para Todos.

Em suma, acompanhando a permanente evolução geral e internacional da qual sofre nítidas influências, o Sistema Educativo em Portugal, vai caminhando também num sentido da construção de uma escola inclusiva, democrática e de qualidade.

2.10 - Instrumentos de avaliação da PHDA

Para Barkley (1997, cit. por Lopes, 2003) a avaliação de PHDA deve de incluir os seguintes aspectos: a Entrevista Clínica, o Exame Médico a aplicação de Escalas e de Questionários para Pais e Professores.

A avaliação deverá ainda incluir a Avaliação Psicológica e a Observação Directa do Comportamento.

2.10.1 - A entrevista

Na avaliação da PHDA utilizam-se sobretudo entrevistas semi-estruturadas e estruturadas, porque para além dos valores objectivos a entrevista vai fornecer à avaliação a dimensão fenomenológica que as escalas e questionários não conseguem.

A Entrevista constitui o instrumento mais utilizado na avaliação da PHDA (Simões, M. R. 1998).

Para se ter a certeza que o diagnóstico que se faz á criança é correcto é importante fazer uma entrevista com os pais, entrevista com o professor, entrevista com a criança e exame médico.

A entrevista com os pais é uma fonte de informação subjectiva, sendo ao mesmo tempo a mais rica fonte de informação sobre um sujeito avaliado, pela relação continuada no tempo e o conhecimento do sujeito em várias situações (Barkley, 1998).

A entrevista deve ser completada por outros métodos. Constitui geralmente uma primeira aproximação ao indivíduo identificado ou a pessoas significativas da sua vida. Trata-se assim de um primeiro passo no processo de avaliação (Melo, A. R., 2003).

Segundo Lopes, (2003), na entrevista com os pais, devem ser investigados aspectos tais como, momento em que se iniciaram os sintomas, problemas médicos e psicológicos, história do desenvolvimento, familiares com problemas idênticos, relação da criança com irmãos e pares, relação com a escola, professores e tarefas escolares, linguagem, hábitos de organização (Lopes, 2003; Phelan, 2005).

A entrevista com a criança ou adolescente, pode alertar o observador para vários tipos de problemas ao nível das aptidões ou dos domínios como a motricidade, a comunicação, o relacionamento...

A entrevista com a criança é essencial para a realização do diagnóstico. É importante que o psicólogo tenha em conta que o comportamento da criança quando está dentro do gabinete pode ser muito diferente do que acontece noutros contextos. Estar com um Psicólogo ou um médico num gabinete é uma situação nova e, neste tipo de situações as crianças com PHDA têm tendência a ser colaborantes e a ter um comportamento adequado (Lopes, 2003).

A entrevista com a criança deve ser sempre encarada como um meio para estabelecer a relação com a criança e recolher informação ainda que tenha de ser confirmada posteriormente.

No que respeita aos adolescentes deve-se tentar perceber a sua percepção sobre os seus problemas, funcionamento familiar e escolar é imprescindível (Melo, A. R., 2003).

A entrevista com o professor pode ser um meio de conhecer melhor a criança ao nível académico e comportamental no contexto escolar.

A entrevista ao professor é muito importante porque o professor é a pessoa que tem mais conhecimento sobre o funcionamento do aluno na sala de aula, por isso poderá responder a algumas questões consideradas importantes para o estabelecimento do diagnóstico (Lopes, 2003).

Depois de terem sido feitas as entrevistas aos pais e aos professores, o psicólogo selecciona comportamentos para observar na sala de aula (actividade motora excessiva, falta de atenção, não cumprir as tarefas...).

A observação da criança deve ser feita no mínimo duas vezes, em dois dias diferentes e durante pelo menos 20 minutos.

As manifestações do comportamento aparecem normalmente em contextos variados, incluindo a casa, a escola, o trabalho e as situações sociais. Para se poder fazer um diagnóstico tem de existir alterações em pelo menos duas destas situações (APA, 2002, pág. 86).

2.10.2 - Escalas, Questionários e Inventários para Pais e Professores

O termo “escalas de avaliação” é utilizado para descrever um tipo de instrumentos que no processo de avaliação da PHDA são preenchidos por adultos (pais, professores, cônjuges, etc.), na maior parte dos casos sobre o comportamento ou as características do indivíduo a ser avaliado.

Estes instrumentos são por vezes designados por questionários e inventários. São métodos indirectos de recolha de informação retrospectiva, que incluem um conjunto diversificado de itens, que por sua vez têm diferentes formatos de resposta.

São muitos os instrumentos desta natureza que são utilizados na avaliação da PHDA: Self-Control Rating Scale (Kendall e Wilcox, 1979), Home Situations Questionnaire (Barkley, 1981), Attention Deficity/Hyperactivity Disorder Test (Gilliam, 1995).

As escalas de avaliação comportamental, tal como os questionários e os inventários têm se tornado progressivamente elementos-chave no processo de avaliação da PHDA. A disponibilização de diferentes escalas com boas propriedade psicométricas e estandardizadas para amostras de grande abrangência (em termos de idades, cultura e etnia), conduz à sua utilização segura na determinação do grau de desvio do problema da criança em relação a uma norma (Barkley, 1998).

As escalas utilizadas na avaliação da PHDA podem ser basicamente de dois tipos:

- Multidimensionais, através das quais se pretende obter uma informação mais compreensiva do indivíduo. Estas escalas compreendem diferentes áreas de avaliação do comportamento, como a agressividade, a desatenção, o excesso de actividade motora, a ansiedade, a depressão, as dificuldades interpessoais.

Algumas destas escalas inventários de auto-resposta que permitem recolher informação sobre as percepções do próprio acerca da escola, família e de si mesmo.

- Unidimensionais, que se centram na avaliação de um único problema (Melo, A. R., 2003).

A utilização de escalas apresenta algumas vantagens e desvantagens.

Os seus resultados apenas proporcionam uma estimativa transversal das características avaliadas.

O'Leary, D., Vivian, D e Nisi, A. (1985) referem que as avaliações através de escalas são influenciadas por factores étnicos e culturais, principalmente ao nível dos itens de carácter mais subjectivo.

Quando se escolhe uma escala de avaliação para completar um diagnóstico de PHDA, algo que deve ser tido em conta são as propriedades psicométricas dessa mesma escala, nomeadamente, fidelidade, validade e utilidade clínica (Simões, 1998).

Deve de ser avaliada a relação da criança com os pares e a relação da criança com a família. A avaliação de uma criança com PHDA é geralmente uma avaliação familiar (Barkley, 1998).

As escalas são susceptíveis de conduzir a enviesamentos por estarem vulneráveis a efeitos de halo contaminadores e no plano do diagnóstico pode acontecer que os informantes “exagerem” as suas respostas para obterem um resultados imediato para as suas queixas. Este aspecto no plano da PHDA é bastante comum.

Outro factor limitativo prende-se com o facto de a maioria destas escalas incluir apenas itens que estão escritos de forma negativa, o que torna as escalas mais vulneráveis a tendências de resposta (Simões, M. R., 1998).

Por outro lado as escalas têm inequívocas vantagens no plano da avaliação. São instrumentos económicos que não necessitam de muito tempo para serem preenchidos e são de fácil compreensão por parte de quem responde. A maioria são instrumentos estandardizados e que “obrigam” os pais a operacionalizar as suas queixas iniciais e geralmente vagas. Como são na maioria dos casos, instrumentos abrangentes em termos de áreas avaliadas, permitem que não sejam excluídos da avaliação alguns aspectos que poderão revelar-se fundamentais (Melo, A. R., 2003).

2.10.3 - Exame Médico

O exame médico, realizado por um pediatra ou por outro profissional médico, é indispensável, pois constitui uma parte muito importante do processo de avaliação da criança.

Segundo Edwards e Barkley (1998) o exame médico tem três grandes objectivos :

- 1 - O estabelecimento do diagnóstico diferencial. Neste plano e sempre com a ajuda de outros profissionais, o médico deverá ponderar a existência ou não de diagnósticos que possam provocar a sintomatologia da PHDA (por exemplo alguma lesão cerebral);
- 2 - A avaliação da comorbilidade e a medicação em conformidade;
- 3 - A avaliação da saúde geral para determinação das condições de medicação.

2.11 - A Intervenção na PHDA

Existem muitas possibilidades de intervenção cujos efeitos se sabe só terem resultados, quando conjugadas com metodologias que pretendem atingir objectivos comuns.

São os estimulantes os medicamentos que se têm revelado mais eficazes no tratamento da PHDA (Bradley 1937).

Hoje em dia há vários tipos de intervenção que podem ser utilizadas para o tratamento da PHDA:

Na Intervenção Psicofarmacológica existem basicamente três tipos de medicamentos utilizados na intervenção com indivíduos com PHDA.

Os Estimulantes, os Tranquilizantes e os Antidepressivos, sendo a terapêutica com Estimulantes a mais frequentemente referida e utilizada por ser a mais eficaz (Swanson e col., 1993).

A administração de estimulantes implica um estudo diário e detalhado do comportamento da criança e ainda uma avaliação periódica feita pelo médico, da sua evolução.

Os estimulantes mais utilizados nos indivíduos com PHDA são: a Ritalina®, a Dexedrina® o Adderall® e o Cylert®.

Nem todas as crianças deverão ser sujeitas a este tipo de medicação, devendo a prescrição ter em conta vários factores (a idade da criança, a duração e severidade do problema, a motivação parental para o tratamento...).

Os anti-depressivos e tranquilizantes são outro tipo de medicação muito utilizado na intervenção da PHDA, sobretudo quando os estimulantes não fazem efeito ou produzem muitos efeitos secundários prejudiciais à saúde do indivíduo.

Os anti-depressivos e tranquilizantes mais utilizados são: Norpramine® e o Trofanil®.

Shelton & Barkley (1995) referem que a intervenção farmacológica não deve de ser a única forma de intervenção devido a dificuldades de efeitos positivos a longo prazo em especial do ponto de vista académico e devido aos efeitos secundários.

A administração de psico-estimulantes no tratamento da PHDA continua, apesar das evidências, a levantar dúvidas se a sua utilização não se limita a “mascarar” um problema muito mais profundo por atacar um sintoma e não uma causa (Melo, A. R., 2003).

A Intervenção Multimodal, em função das limitações da administração de medicamentos e das intervenções psicossociais de forma isolada, na actualidade a grande maioria dos programas é multimodal, em especial a partir da combinação da farmacologia e da intervenção comportamental. Esta combinação implica algumas vantagens.

Em primeiro lugar a componente comportamental da intervenção é reduzida na sua complexidade porque a medicação tem efeitos ao nível do comportamento (Atkins e col. 1989, cit. por Pelham, W. E. Gnagy, E. 1999).

Em segundo lugar a dose de medicação pode ser reduzida até 50% porque a intervenção comportamental tem os seus efeitos (Carlson e col. 1992, cit. por Pelham, W. E. Gnagy, E. 1999).

Assim estas duas formas de intervenção parecem ter efeitos complementares.

August, Ostrander, & Bloomquist, 1992; Barkley, 1990; Cotugno, 1993 cit. por Sciutto et al (2000) referem que a capacidade de fazer um diagnóstico exacto da PHDA pode ser aumentada pelo uso de uma avaliação multimodal compreensiva envolvendo uma equipa multidisciplinar.

Segundo Barkley (2000) o Estudo Multimodal de Tratamento de Crianças com PHDA (EMT-PHDA) constitui um marco histórico para a intervenção em psicopatologia porque é o mais completo estudo de investigação alguma vez implementado.

Após a realização do estudo verificou-se que a intervenção farmacológica exclusiva e a intervenção conjugada entre a medicação e a intervenção comportamental são mais eficazes do que a intervenção comunitária regular na diminuição dos sintomas de PHDA.

Em relação às aprendizagens, competências sociais, comportamentos de oposição e interacção pais – filhos, a intervenção multimodal obteve resultados muito superiores a todas as outras formas de intervenção.

A intervenção comportamental do estudo quando foi utilizada de forma isolada não foi mais eficaz do que a intervenção comunitária de rotina.

Quando se comparou a intervenção multimodal com a intervenção farmacológica, constatou-se que as melhorias eram 41% superiores.

Comparando a intervenção combinada com a comportamental verificaram-se 78% de melhorias.

Assim verifica-se que a intervenção comportamental tem menos peso na combinação das metodologias do que a farmacológica.

Os professores dos alunos com PHDA podem ajudar a criança a mudar o seu comportamento modificando o ambiente sala de aula, encorajando as crianças para que os comportamentos adequados se repitam e adequando os programas escolares.

A Modificação do Comportamento na Sala de Aula tem sido bastante implementada e baseia-se sobretudo na modificação do currículo, das condições antecedentes e consequentes e na existência de um tutor. (Barkley 1988).

Os Programas Escola/Casa são centrados na relação entre escola e casa.

A intervenção comportamental é geralmente implementada por técnicos especializados em contexto clínico, em estruturas de saúde mental, em estruturas de cuidados de saúde primários e em escolas.

São programas que se revelam eficazes em quase todos os contextos em especial se conjugados com a medicação. (Pelham, W. E. Gnagy, E. 1999).

O objectivo das terapias comportamentais é o de reduzir a frequência de comportamentos inadequados e aumentar a frequência de comportamentos desejados.

As estratégias de modificação do comportamento habitualmente mais usadas têm por objectivo induzir respostas adequadas, isto é, aumentar probabilidade de que um comportamento desejável se repita e diminuir probabilidade de aparecimento de comportamentos inadequados, levando-os á extinção. É necessário ter presente que um comportamento inadequado só se extingue quando é substituído por outro socialmente aceitável (Fowler,2000).

Na Intervenção Psicossocial, segundo Pelham, W. E. Gnagy, E. (1999) não existem evidências de que a medicação poderá resolver os problemas das crianças e das suas famílias.

Desta forma, mesmo em situações de boa resposta, os autores referem que a intervenção de natureza psicossocial é indispensável para melhorar as potencialidades de um bom prognóstico.

Este tipo de intervenção engloba diferentes metodologias que se podem organizar de formas distintas.

Segundo Barkley (2002) podem dividir-se em três grupos de estratégias: O treino de pais, a implementação de programas de modificação do comportamento em situação de sala de aula e a colocação no Ensino Especial.

As técnicas cognitivas – comportamentais são consideradas as mais eficazes no tratamento do PHDA, contribuindo para uma maior interiorização das normas, maior planificação das tarefas e maior auto - controlo. Estas técnicas obtemos seus melhores resultados quando combinadas com o tratamento farmacológico (Toro,1998).

A intervenção educativo – terapêutica nestes casos segue, geralmente, um modelo cognitivo – comportamental (Weiss & Weisz, 1995), combinando momentos de instrução e explicitação de comportamentos a reduzir ou a incrementar, com situações de registo e de auto – reforço ou auto – punição.

As Intervenções Cognitivo-Comportamentais, pressupõem uma intervenção directa com a criança num contexto clínico cujo objectivo é a melhoria do auto-controlo, com base em estratégias como o modelling, a auto-instrução, role-playing entre outras (Melo, A. R., 2003).

A Intervenção Comportamental Clínica, envolve então o treino de pais a intervenção comportamental na sala de aula e a colocação em situação de ensino especial se necessário (Melo, A. R., 2003).

O psicólogo deve trabalhar com os pais, de modo a mostra-lhes que é normal o facto de eles considerarem que não é fácil ser pai de uma criança com PHDA.

O psicólogo procura esclarecer os pais acerca dos problemas dos seus filhos e trabalha a desculpabilização, tanto dos pais como dos filhos.

O trabalho com os pais deverá ter como objectivo o treino de estratégias que lhe permitam controlar o comportamento dos filhos e ajudá-los a melhorar o seu relacionamento com os colegas.

Os Programas de Treino de Pais, têm como grandes objectivos melhorar as relações entre pais e filhos e ensinar aos pais diferentes formas de lidarem com os problemas de comportamento dos seus filhos quer em casa quer em locais públicos, para além de os informarem sobre as temáticas relacionadas com a instabilidade. (Melo, A. R., 2003).

Os pais devem apresentar aos filhos modelos comportamentais adequados visto que a criança aprende por imitação e utilizar reforços positivos para os comportamentos adequados, ignorando sempre que possível os inadequados.

Os Grupos de Suporte para Pais, são uma forma adicional de intervenção com os pais de crianças com PHDA. Estes grupos têm como principal objectivo a interajuda e suporte mútuo entre os pais. Têm também um papel muito activo no contacto com o público em geral, na disseminação de informação sobre o problema, na defesa de direitos e providência de serviços (Melo, A. R., 2003).

A relação do casal pode ser prejudicada pelo facto de se ter um filho com PHDA. O casal tem menos tempo para si e por vezes culpam-se mutuamente pelo comportamento do filho.

O psicólogo deve ajudá-los a perceber que os conflitos entre si não vão ajudar a criança podendo até agravar o comportamento da criança.

A Intervenção na Relação Pais - Filhos, sobretudo utilizadas para as idades da adolescência são programas que combinam de forma genérica o aconselhamento dos pais e as terapias cognitivas - comportamentais (Melo, A. R., 2003).

Programas de Modificação de Contingências, em oposição aos programas de intervenção comportamental os programas de manejo de contingências são intensivos e aplicados exclusivamente em contextos ecológicos por profissionais especializados. (Melo, A. R., 2003).

Programas Intensivos, em situações de maior severidade dos problemas os programas anteriores são conjugados em situação de aplicação intensiva, por exemplo em campos de férias. (Melo, A. R., 2003).

Os alunos com PHDA podem vir a ter sucesso na escola e a controlar o seu comportamento se houver um trabalho de equipa entre pais, professores, médico e psicólogo.

Em termos globais a literatura é unânime em afirmar que a intervenção deve ser multicomponencial e incluir três grandes vectores: a criança, a família e a escola em conjugação com a medicação (Pelham, W. E. Gnagy, E. 1999).

2.12 - Desenvolvimento das Características da PHDA e Desadaptação da Criança com PHDA no Contexto Escolar

2.12.1 - Primeira Infância: 0- 3 anos

As crianças na primeira infância podem já apresentar características que indiquem que poderão ser crianças com PHDA.

São bebés irritáveis, com padrões irregulares de alimentação, muitos tem dificuldade em dormir, muito activos, tem dificuldade em brincar sozinhos.

Apresentam já problemas de atenção e de higiene diária (controlo de esfíncteres).

Segundo Barkley(1981) a maioria das crianças manifesta sintomas de hiperactividade antes dos 5 anos de idade, com excepção daquelas que desenvolvem uma hiperactividade secundária, originada por uma lesão cerebral ou traumatismo neurológico. Muitas das crianças designadas na idade escolar já manifestavam sintomas esses que tendo sido minorados pela atenção dos pais, não foram detectados. Assim podem dizer-se que a maioria dos sintomas de instabilidade têm início na primeira infância ou início da adolescência da pré-escolaridade.

Uma grande percentagem de crianças hiperactivas demonstra ter problemas durante esta etapa de desenvolvimento. Os problemas identificados na idade pré-escolar, persistem geralmente até á idade escolar (Campbell e col., 1997; Richman e col., 1982, cit.por Campbell e col., 1986) e por outro lado parece haver grande relação entre o insucesso escolar e o modo como as crianças foram criadas e educadas, bem como todo o ambiente familiar (Richman e col., 1982, cit. por Campbell e col., 1986).

2.12.2 - Segunda Infância: 3- 5 anos

Aos três, quatro anos de idade, já se observam diferenças entre crianças com PHDA e crianças sem PHDA.

As características relacionadas com a PHDA surgem, por volta dos 3, 4 anos e sempre antes dos 7 anos de idade.

No entanto as dificuldades nem sempre se sentem com o início dos sintomas e vão-se acentuando quando as exigências do meio assim o exigem, sobretudo no meio escolar.

Para ponderar a desadaptação aos três, quatro anos é necessário ter em conta o grau de severidade dos problemas e a sua duração, mas com alguns cuidados já é possível distinguir entre crianças em risco de desenvolverem uma PHDA a partir das referências dos pais e de medidas laboratoriais de características como a atenção, a impulsividade e o excesso de actividade motora (Campbell, Breaux, Ewing e Szumowski 1986).

Entre os 3 e os 5 anos de idade o comportamento das crianças agrava-se (desobediência, dificuldades de relação social, agressividade, impulsividade, ...).

Problemas de sono e de higiene diária poderão continuar numa pequena percentagem de crianças.

Os pais referem que os filhos não têm consciência do seu comportamento e começam a procurar ajuda profissional.

As crianças com características de PHDA, na idade pré-escolar parecem ter maiores níveis de actividade motora e de agressividade do que os colegas de sala de aula (Campbell e Cluss, 1982., cit. por Campbell e col., 1986).

Tornam-se crianças com um temperamento explosivo e colérico quando contrariadas, agressivas e com pouco sentido de responsabilidade. São crianças egoístas e que exigem muitas vezes os objectos dos outros.

Estas crianças apresentam grande dificuldade de relação com os seus pares. Pelham e Bender (1982, cit. por Barkley. 1988).

São muitos os estudos que indicam que aos 3, 4 anos a classificação de desatento e irrequieto e impulsivo é muito frequente.

Os seus pares sem PHDA têm sobre eles uma visão de que são agressivos, disruptivos, dominadores, intrusivos, barulhentos (Jonhston, C., Pelham, W.E.Murphy, A., 1985; Pope, A., Bierman, K.L., Mumma. G.H., 1989).

Mesmo quando, em alguma situação, a criança com PHDA apresenta alguma adequação nas relações sociais com os outros, estas atitudes são tão intensas que acabam por criar um igual comportamento de rejeição e intolerância nos seus pares (Hinshaw, 1982, cit. por Barkley, 1998; Ross, D. M. e Ross, S.A.,

No pré-escolar a criança com PHDA tem dificuldade em esperar pela sua vez, tem um tempo curto de atenção, tem dificuldade em esperar por uma história e em ficar a desenhar ou a pintar de forma calma.

Em estudos de follow-up, (Pallfrey, J. S., Levine, M. D., Walker, D.K. e Sullivan, M., 1985 cit. por Barkley, 1998) verificam que cerca de 40% das crianças com 4 anos apresentam sintomas que as colocariam dentro dos critérios de diagnóstico da PHDA, mas apenas 10% apresentaram mais tarde um diagnóstico .

Segundo Campbell (1990, cit. por Barkley, 1998), na idade pré-escolar, a maioria dos casos deixam de ser preocupantes 3 a 6 meses depois de terem surgido as queixas e mesmo passado esse tempo, daquelas crianças que ainda receberiam o diagnóstico de PHDA, apenas 48% o apresentarão mais tarde, na segunda infância (Campbell, 1990, cit por Barkley, 1998).

O comportamento das crianças com PHDA em locais públicos, começa a piorar nesta idade o que por vezes prejudica o ambiente familiar.

Actualmente a ideia de que a PHDA, como outras perturbações do comportamento, tem início nos anos pré-escolares é mais frequentemente aceite (Cunningham, C. e Boyle, M., 2002).

2.12.3 - PHDA no 1º Ciclo

Quando a criança começa a frequentar o 1º ciclo os comportamentos que se verificaram no pré-escolar vão agravar-se ainda mais são crianças muito imaturas a todos os níveis.

As crianças começam a apresentar dificuldades de aprendizagem, não conseguem estar sentadas e concentradas muito tempo, seguir instruções, cooperar, partilhar, têm dificuldade em organizar o material, não cumprem as tarefas até ao fim e tornam-se crianças isoladas.

Pelham e Bender (1982, cit. Por Barkey, 1988) referem a existência de um comportamento inadequado para a idade em termos sociais.

Alunos com PHDA manifestam inquietação, mexem-se frequentemente na cadeira, mexem excessivamente braços e pernas, falam demasiado, correm em locais inapropriados, têm dificuldade em estar em silêncio e de esperar pela sua vez que faz parecer estar, "ligado a um motor" (APA, 1994).

As crianças com PHDA constituem um grande problema em contexto escolar.

Revelam dificuldades em se interessar pelas tarefas e persistir na realização das mesmas, perturbam a turma com frequência, manifestam falta de atenção, têm dificuldade em seguir as regras e orientações do professor e manifestam deficientes competências de estudo.

São crianças com comportamentos perturbadores e dificuldades de aprendizagem. São manifestações muito frustrantes para o professor e para a criança, podendo conduzir ao desenvolvimento de sentimentos mútuos de aversão ou mesmo de hostilidade (Vasquez, 1997).

Nesta idade agravam-se as relações sociais e os comportamentos dentro da sala de aula. Muitas crianças começam a mentir com frequência e a cometer furtos.

Rebelo (1997) chama a atenção para a necessidade da escola dispor de serviços de apoio escolar, onde existam profissionais especializados ao nível do diagnóstico, da planificação e intervenção, a quem os professores possam recorrer.

Barkley (1998), refere as seguintes áreas comportamentais como sendo as que mais dificuldades vão criar à criança em idade escolar: habilidade para ficar sentada, ouvir, obedecer, inibir o comportamento impulsivo, cooperar, organizar acções, seguir instruções, partilhar, brincar de modo adequado, interagir de forma simpática com os outros.

Com o decorrer da escolaridade os resultados escolares variam, mas tendem a ser muito fracos.

Estas crianças têm um rendimento escolar baixo, inferior às suas capacidades e manifestam frequentemente sérias dificuldades em situações de aprendizagem, uma vez que o contexto escolar (sala de aula) lhes exige, não só competências académicas, mas também sociais, que se esperam de qualquer aluno (Barkey, et al., 2002; Lopes, 1998).

As relações com os pais pioram, isto porque os pais consideram que não podem confiar nos filhos e passam muito tempo a supervisionar o que os filhos fazem.

Na generalidade das crianças com PHDA preferem parceiros com o mesmo problema (Hinshaw e Melnick, 1995 cit. por Barkley, 1998).

2.12.4 - PHDA na adolescência

A adolescência para as crianças com PHDA constitui também um período muito difícil da sua vida.

A situação escolar é o maior problema do adolescente que tem no seu percurso inúmeros falhanços e insucessos a esse nível. A criança instável torna-se um adolescente com pouca capacidade de concentração, um estilo cognitivo impulsivo, distúrbios do comportamento e ocasionalmente dificuldades específicas de aprendizagem (Melo, A. R., 2003).

As crianças com PHDA tentam desesperadamente ganhar a confiança dos colegas e para conseguir isso, mentem, roubam e entram em conflitos.

Como referem Ross e Ross (1976) a adolescência para o indivíduo com PHDA torna-se um período especialmente complicado, devido ao aumento de exigência ao nível da responsabilidade, identidade, mudança de aparência corporal, aceitação por parte do grupo, relações com o sexo oposto, etc.

Muito embora os comportamentos de excesso de actividade motora diminuam ao ponto de quase atingirem um nível igual ao de outros adolescentes, outros problemas prevalecem e agravam-se o que torna este o período mais problemático de todas as fases de desenvolvimento da hiperactividade. Na adolescência cerca de 40% a 60% das crianças hiperactivas apresentam problemas de auto-estima e depressão (Weiss e col. 1978).

A PHDA na adolescência parece constituir um factor de risco para o abuso de substâncias tóxicas e o alcoolismo (Hoy, E., Minde, G., e Cohen, N., 1978).

Encontram-se mais relações entre as baixas expectativas futuras e falta de confiança em si em adolescentes com hiperactividade do que noutros. Outros comportamentos como roubos e incidentes públicos que requerem contacto com autoridades juvenis, tornam-se mais frequentes e o abuso de álcool (Blouin, Bornstein e Trites, 1978, cit por Barkley, 1988) ou drogas pode ter início nesta fase, sendo mais comum nestas crianças do que noutras.

Os acidentes de carros são também mais frequentes em adolescentes hiperactivos do que noutros (Weiss e col., 1978).

Para Salgueiro (1983) a criança transforma-se em regra num adolescente menos irrequieto mas com problemas de atenção e concentração, de fadiga fácil e de baixo rendimento escolar.

Neste sentido as crianças com PHDA, são crianças de risco, pois parecem não usufruir das oportunidades de aprendizagem social na relação com os seus pares. Estas crianças são frequentemente rejeitadas devido ao seu estilo de relação pessoal (Landau, S. e Milich, R., 1988) e com o decorrer da escolaridade, emerge um padrão persistente de rejeição social que terá maior expressão na pré-adolescência.

De um modo geral, as crianças com PHDA em classe regular apresentam situações de insucesso escolar, duas ou três vezes superior a crianças sem PHDA (Rubinstein, R.A. e Brown, R.T., 1980, cit. por Zentall, S. 1993); não terminam a escolaridade obrigatória com uma percentagem cerca de três vezes superior a crianças sem problemas (Weiss, G. E. Hetchman, L.T., 1986, cit. por Zentall, S. 1993).

Muitos dos adolescentes com PHDA mostram sinais de depressão e baixa auto-estima, isto porque não conseguem ter sucesso na escola, nas relações sociais e familiares.

Muitas crianças perto da puberdade começam a mostrar sinais de depressão e fraca auto-estima, dado que os sucessos próprios da infância (escola, relações sociais e familiares) são raros ou nulos (Diener, M. B. e Milich, R., 1997, cit. por Barkley, 1998).

Com efeito [...] a escola é uma das instituições que mais exige, atitudes e comportamentos adequados de aprendizagem aos alunos, e menos os explicita e treina, dando ainda pouca atenção à maturidade académica e psicológica que as transições entre ciclos escolares exigem aos alunos (Azevedo, 2002).

O relacionamento familiar agrava-se ainda mais, os pais relatam que os seus filhos, tem dificuldade em cumprir tarefas, em fazer amigos e os vizinhos queixam-se da sua agressividade e do seu relacionamento social imaturo.

Em casa os pais referem que continuam imaturas não ajudam nas tarefas domésticas, são irresponsáveis e muitas vezes ainda têm uma fraca autonomia, necessitando de ajuda para as suas tarefas quotidianas de higiene pessoal (Melo, A. R., 2003).

O professor de turma tem um papel muito importante no reconhecimento e tratamento de alunos com PHDA e também no sucesso ao nível das aprendizagens que estes alunos poderão vir a ter.

Como, parte do tempo da criança é passado na escola, professores e educadores têm um papel importante no controlo dos sintomas. O professor pode colocar em prática estratégias que podem beneficiar a relação aluno/escola. Muitas destas estratégias foram testadas por vários autores, obtendo resultados positivos (Rebelo, 1997; Fonseca, 1998; Lopes, 2003).

O professor deve ter o cuidado de apresentar aos alunos com PHDA tarefas curtas, estimulantes e explicadas passo a passo, utilizar constantemente reforços positivos pelas conquistas conseguidas pelos alunos e deve dar aos alunos pistas para a realização das tarefas.

Para Barkley (2006), a intervenção mais eficaz, e que conduz a uma melhoria no rendimento escolar, é aquela que se desenvolve no contexto escolar e no exacto momento de realização do comportamento, através da aplicação de consequências positivas mais salientes e frequentes e de consequências negativas mais consistentes, associadas a uma adequada adaptação do ambiente.

O professor deve dar ao aluno com PHDA um atendimento individualizado, a sala de aula deve estar bem estruturada e fazer com que o aluno cumpra regras como todos os alunos da sala.

Deve sentar o aluno com PHDA nas primeiras filas, perto dos alunos mais calmos, próximo de si, e principalmente num local sem muitas fontes de distração.

A desadaptação escolar não se restringe apenas às aprendizagens, está também relacionada com a capacidade de relação com os pares e com os professores.

Segundo DuPaul & Stoner (2007) os problemas comportamentais e os problemas de aprendizagem estão intimamente ligados. O tratamento, que tradicionalmente investia mais nos aspectos comportamentais, será mais eficaz se investir também no rendimento nas áreas académicas.

A melhoria destas, conduz à diminuição dos comportamentos perturbadores, pelo que a metodologia mais adequada para o atendimento destas crianças deve incidir nos problemas da aprendizagem a par das condutas perturbadoras (Vasquez, 1997; Barkley, 2006 & DuPaul & Stoner 2007).

2.12.5 - PHDA na idade adulta

Os adultos com PHDA também se deparam com problemas a vários níveis.

A criança com PHDA, quando adulta tem muita tendência a mudar de casa, de emprego e a ter problemas conjugais.

Na idade adulta as anteriormente crianças hiperactivas continuam a ter problemas de impulsividade, atenção, inquietação e baixa auto-estima (Hechtman e col, 1980; Weiss e col, 1985, cit. por Barkley, 1988) quando comparadas com outros adultos sem problemas.

O diagnóstico de PHDA na idade adulta torna-se controverso porque, e com refere Barkley (1998), reside nos relatos dos parentes sobre situações passadas que obviamente estão impregnadas da própria evolução do caso (que quando se mantêm na idade adulta nunca é favorável).

Os estudos efectuados por Borland e Hechman (1976, cit. por Faraone e col., 2000), revelaram que os adultos com diagnóstico de PHDA apresentavam maiores dificuldades ao nível do estatuto sócio-económico, mais dificuldades no emprego e mais mudança de emprego do que os seus pares sem PHDA.

Morrison e col., (1980, cit. por Faraone e col. 2000), verificaram ainda que os adultos com PHDA apresentavam menores níveis de graduação em termos académicos do que os seus pares e Murphy e Barkley (1996, cit. por Faraone e col., 2000) verificaram ainda que os adultos com PHDA apresentam maiores índices de excesso de velocidade, desistências do emprego e mais casamentos do que os seus pares.

Por outro lado, na idade adulta é muito frequente existirem outras situações de perturbação (Esquizofrenia, Abuso de Substâncias, Ansiedade generalizada, Perturbação Obsessiva-compulsiva, ...) que podem ser confundidas em termos de sintomas com a PHDA (Melo, A. R., 2003).

2.13 - A importância da inclusão dos alunos com PHDA

Incluir significa muito mais do que integrar crianças com N.E.E. no sistema regular de ensino.

Desta forma, a política de inclusão tem inevitavelmente de provocar alterações nos sistemas escolares, de modo a permitir que todas as crianças aproveitem ao máximo todas as suas potencialidades.

A inclusão de alunos com N.E.E. no sistema regular de ensino é um processo irreversível que exige um grande investimento da parte de todos.

Hoje em dia a inclusão de crianças com Necessidades Educativas Especiais, em contextos lúdicos e educativos é muito importante, tanto para a própria criança como para as crianças ditas normais.

Em Junho de 1994, a UNESCO organizou em Salamanca, a “Conferência Mundial Sobre Necessidades Educativas Especiais”, na qual foram discutidos e consagrados um conjunto de princípios e conceitos como “Inclusão” e “Escola Inclusiva” que, desde então, tem constituído vectores orientadores de políticas educativas implementadas nos diversos países da Europa, (Brandão, 2007).

O princípio fundamental da Declaração de Salamanca declara que as escolas regulares devem estar preparadas para receberem todas as crianças independentemente da sua condição física, intelectual, social, emocional ou outra. Tal afirmação demonstra uma clara mudança de paradigma, relativamente ao anterior conceito de integração, tendo agora a escola de se adaptar às necessidades específicas de cada criança, através de uma pedagogia centrada na criança, (Brandão, 2007).

O princípio subjacente às Escolas Inclusivas é o de que todas as crianças devem aprender juntas, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentam.

Porter (1994) e Ainscow (1997) consideram a escola inclusiva como um sistema de educação e ensino onde os alunos com necessidades educativas especiais, incluindo os alunos com deficiência independentemente da severidade das problemáticas, são educados na escola do local de residência, em ambientes de sala de aula regulares, apropriadas para a sua idade cronológica, com colegas que não tem deficiências e onde lhe são oferecidos ensino e apoio de acordo com as suas capacidades e necessidades.

A escola inclusiva é uma escola que não se fecha em si mesma, mas aberta a toda a comunidade educativa criando um espírito de solidariedade entre todos e respeito pelas diferenças.

Correia, (1997) refere que: “o princípio da inclusão apela, assim, para uma escola que tenha em atenção a criança – todo, não só a criança – aluno e que, por conseguinte respeita três níveis de desenvolvimento essenciais – académico, sócio emocional e pessoal – de forma a proporcionar-lhe uma educação apropriada, orientada para a maximização do seu potencial”.

O professor deve utilizar uma prática pedagógica que promova a participação activa de todos os alunos.

Na opinião de Ainscow (1997), a “criação de salas de aula mais inclusivas”, assentam em três pilares essenciais: planificação para a classe como um todo, que os professores sejam estimulados a utilizar de forma mais eficiente os recursos naturais que podem apoiar a aprendizagem dos alunos e a capacidade que cada professor tem de se adaptar a situações pontuais, estimuladas e valorizando uma participação activa de todos os alunos.

De acordo com Correia, L.M. (1997), “o desafio da escola inclusiva é o ser capaz de desenvolver uma pedagogia centrada na criança, susceptível das educar a todas com sucesso incluindo as que apresentam graves capacidades”.

Rodrigues (1998), define inclusão enfatizando a diferença de paradigmas: a escola integrativa segue o paradigma da escola tradicional, em que um grupo determinado de alunos é sinalizado através de uma lógica médico-pedagógica e integrado no espaço da escola sendo objecto de tratamento especial e, simultaneamente, são negligenciadas a diversidade e a qualidade global. A adopção do conceito de “Educação Inclusiva”, e não “Escola Inclusiva”, é justificada pelo mesmo, com o argumento de se tratar de uma concepção que respeita a todo o sistema de ensino, i. e., reconhecendo indivíduos e grupos concretos, baseia-se na diferenciação curricular e num currículo em construção.

Considera-se a mudança de atitudes como um factor chave na criação de salas de aula mais inclusiva.

Booth, Barton (cit. Allan, 1999: 14) acrescenta que “a educação inclusiva trata da resposta à diversidade; trata de saber escutar vozes pouco familiares, de criar atitudes de abertura, trata-se de dar poderes a todos os membros, trata de celebrar a diferença de formas dignificantes. Nesta perspectiva, o objectivo é não deixar ninguém fora da escola”.

É possível modificar atitudes e comportamentos de forma a desenvolver na escola e na comunidade um clima de tolerância e de empatia. Atribui-se igual importância ao trabalho de equipa/trabalho cooperativo.

A escola inclusiva pressupõe uma ideia de escola autónoma, em que se encontram modelos diversificados de trabalhar com os alunos que não passam só pela direcionalidade para os que se apresentam com dificuldades de acesso ao currículo, mas para uma facilitação e mediação posta à disposição de todos, centrando as transformações ao nível do currículo, condições de ensino na sala de aula, contextos educativos e, no geral, “mexendo” em todo o ambiente educativo. Nesta concepção de escola a heterogeneidade dos alunos é vista como um recurso e não como um problema, (Barroso, 1999).

Sendo a exclusão escolar considerada como o primeiro passo para a exclusão social, o combate á exclusão escolar obriga a escola a confrontar-se com a sua génese homogeneizadora e segregadora e a ter em conta que o ensino-aprendizagem é um processo mais vasto de socialização. Assim, de uma escola tradicional onde a deficiência é excluída para instituições procura-se construir uma escola inclusiva que responda às diferenças com igualdade e equidade e com alta qualidade (Rodrigues, 2001; Fonseca, 2000).

O enriquecimento dos contextos reflexivos e meta-reflexivos implica que, no âmbito das interacções entre profissionais, se aprenda a partilhar informação, novas competências e saber e, mudar atitudes, essencialmente no que se refere á percepção da diferença (Ainscow, 1999; Mittler, 2000).

Assim, segundo Rodrigues (2001), em ruptura com a escola tradicional segregadora, orientada para o aluno “médio”, e como resposta à escola integrativa, que consegue fazer um esforço para ensinar o aluno com deficiência à luz de estratégias de compensação, mas que no fundo redundou numa continuação daquela, a escola inclusiva perfila-se e consolidar-se-á tanto mais quanto melhor for capaz de entender todos e cada um dos alunos como seu património e sua responsabilidade. Tudo se passa, pois, no modo como a escola concebe e interage com a diferença, qualquer que ela seja.

Para, Costa (2001), Educação Inclusiva, significa uma Educação Adequada e de alta qualidade para alunos com qualquer tipo e grau de deficiência ou limitação na escola comum, isto é, na escola que o aluno frequentaria caso o aluno não tivesse deficiência. Assegurar a escolaridade básica e com qualidade na escola regular a todos os alunos propícia que os mais capazes numa dada área ajudem os colegas que têm mais dificuldades, habituando-os a ver nos outros alguém com capacidades e a respeitar a diferença com resultados positivos recíprocos, ao invés do que sucedia no modelo tradicional.

A questão curricular é de facto uma das questões centrais da escola inclusiva, oscilando as perspectivas de encarar o problema entre a exigência de a escola dever acautelar o cumprimento de objectivo mínimos que todos devem alcançar, e a não fixação prévia de metas, uma vez que é função da escola estimular ao conhecimento e ser agente de desenvolvimento donde cada aluno irá até onde puder, (Rodrigues, 2001).

Impõe-se também uma nova maneira de gerir o currículo. Partindo de um reconhecimento das aprendizagens essenciais comuns a todos os alunos, a escola deve desenvolver um projecto curricular concretizado ao nível das turmas e dos indivíduos. Esta última vertente assume maior importância nas situações educativas dos alunos com necessidades educativas especiais, quando se torna necessário a aplicação de um modelo de desenvolvimento curricular contextualizado, diferenciado, que pode consubstanciar-se no currículo funcional (Rodrigues, 2001).

A organização da escola deve fazer um esforço acrescido no sentido de criar condições na sua estrutura para facilitar a implementação de novas políticas, culturas e práticas inclusivas, tomando medidas como: (1) organização dos horários e das actividades de modo a proporcionar condições para a formação continua dos professores, ou seja tempo para debate e reflexão, incentivos ao trabalho de colaboração e de investigação; (2) abertura da escola aos pais, de modo a que entre estes e os professores se estabeleçam laços frequentes, pretendendo-se com esta comunicação mais estreita entre uns e outros, que os pais transmitam aos professores os conhecimentos que têm sobre os seus filhos, colaborem com a escola e que, em casa, se interessem pelo progresso escolar e que os apoiem; e, (3) abertura da escola à comunidade, quer para que os alunos desenvolvem projectos de trabalho no exterior, quer para estimular os serviços da comunidade a colaborar com a escola (Ainscow, 2002).

É unanimemente reconhecido na Europa que a Educação Inclusiva constitui a base fundamental para assegurar a igualdade de oportunidades para as pessoas com Necessidades Educativas Especiais em todos os aspectos da sua vida, educação, formação, trabalho e vida social, (European Agency for Development in Special Needs Education) – EADSNE (2003 a).

Só uma pedagogia diferenciada e cooperada, iniciada o mais cedo possível, centrada num currículo adaptado às necessidades específicas de cada criança poderá vir a concretizar os princípios da integração e da plena participação. Tais princípios orientam o percurso rumo a uma sociedade inclusiva justa e solidária.

Factores como descentralização e autonomia, capacidade de liderança, iniciativa dos professores, inter-ajuda, trabalho em cooperação, formação, conjugadamente com o envolvimento do ambiente externo são contributos em prol da inclusão e do processo de mudança que a informa (Rodrigues, 2001; Stilstone, Florian, Rose, 2003).

O conceito de inclusão, tem de ser flexível, permitindo a adopção de estratégias e de opções exigidas por cada situação (cada aluno), numa perspectiva de partilha, saberes e experiências.

Por conseguinte, a inclusão desafia a mudança, estimula a flexibilidade das relações, a redistribuição dos recursos com vista ao seu mais correcto aproveitamento, o trabalho em equipa, o envolvimento de toda a escola, dos pais, da comunidade, (Wolger 2003).

De acordo com Rodrigues (2006), a Educação Inclusiva assenta no que o autor designa por “três pilares”: rejeição da exclusão, educação conjunta de todos os alunos e eliminação de barreiras à aprendizagem.

Segundo, Brandão (2007), temos o compromisso de educar cada criança no ambiente (comunidade, escola, sala de aula, família) que lhe seria destinado, caso não tivesse Necessidades Educativas Especiais e em vez de deslocar a criança aos serviços, são os serviços que vêm até à criança.

2.14 – O conhecimento dos professores em relação à PHDA

De uma maneira geral, a literatura aponta para a existência de algum desconhecimento por parte dos professores sobre a PHDA, facto que os condiciona a darem resposta às necessidades das crianças com esta perturbação (Shapiro & DuPaul, 1993 cit. Sciutto et al., 2000).

Os professores tendem a estar menos informados sobre os efeitos colaterais de medicamentos estimulantes (Barbaresi & Olsen, 1998; Kasten, C., & Garça, 1992 cit por Sciutto et al., 2000).

Todos os professores deverão ter consciência que em termos desenvolvimentais cada criança é um caso, necessitando por isso de um atendimento de acordo com as suas capacidades e a sua diversidade.

Vidro e Wegar (2000) referem que os professores dão maior ênfase ao diagnóstico, do que a executar ajustes comportamentais.

2.15 – O papel dos professores no diagnóstico da PHDA

Os professores são muitas vezes os primeiros a detectar o problema, mas por vezes sentem-se confusos, pois não sabem como confirmar as suspeitas de PHDA.

Existem vários critérios que representam directrizes úteis para diagnosticar crianças “hiperactivas”.

A situação do professor é privilegiada, para o professor, para constatar alguns destes problemas, devido á relação pedagógica que estabelece com os alunos.

O professor deverá observar estes comportamentos durante os períodos de trabalho individual e nas interacções criança/criança e criança/adulto, na sala de aula e no recreio.

Os professores são um elemento fundamental, que deve fazer parte da equipa que faz o diagnóstico e apoia as crianças com PHDA.

Por outro lado Barkley, 1990, cit. por Sciutto et al (2000) reforça que os professores são uma parte importante desta equipa multidisciplinar.

Os professores foram considerados uma das fontes mais valiosas de informação relativamente ao diagnóstico porque têm uma exposição diária com as crianças numa variedade de situações clinicamente relevantes (Pelham, Gnagy, Greenslade, & Milich, 1992 cit. por Sciutto et al 2000).

As informações de pais e professores, o trabalho em equipa juntamente com outros profissionais, enriquecem muito o processo de diagnóstico.

Além do mais, os professores estão numa posição favorável de fornecer uma informação diagnóstica crítica porque os comportamentos evidenciados pela problemática da PHDA são bem possíveis de ocorrer no ambiente escolar (Schwean, Parkinson, Francis, & Lee, 1993 cit. por Sciutto et al 2000).

Os professores são frequentemente os primeiros a fazer referências para a avaliação da PHDA (Frankenberger, Lozar, & Dallas, 1990; Lloyd, Kauffman, Landrum, & Roe, 1991 cit. por Sciutto et al 2000) e estas referências frequentemente foram usadas como preditivas dos sintomas da criança (Pelham et al., 1992 cit. por Sciutto et al 2000).

Segundo Garcia (2001), a escola, tem suscitado interesse entre os especialistas, devido ao papel que desempenha na origem e na detecção deste problema e são os professores que identificam, frequentemente, as crianças com actividade motora excessiva, inquietas e distraídas.

Lawson (2004) num estudo referente a quem faz o diagnóstico confirma que são também os professores frequentemente os primeiros a sinalizar a PHDA.

Havey afirma que a falta de atenção no DSM-IV é definida, em grande parte, com base em actividades académicas, e as observações e as percepções dos professores são essenciais (Havey, 2007).

2.16 – Como é que os professores podem ajudar um aluno com PHDA

O professor que acolhe bem a individualidade e a criatividade, mesmo que o aluno se desvie da norma, e consegue integrar essa criatividade na sala de aulas e nos exercícios muito provavelmente terá sucesso com os seus alunos com PHDA.

Os professores devem reflectir sobre as acções desencadeadas na sala de aula. Sempre que possível e sempre que seja necessário, o professor deve dar apoio individual ao aluno com PHDA, deve ter uma sala bem estruturada, apresentar ao aluno tarefas curtas e explicadas passo a passo, deve sentar o aluno perto de si, junto dos colegas mais tranquilos e onde não haja fontes de distracção.

Os professores devem manter o espírito aberto e uma atitude compreensiva para tentar lidar com a Hiperactividade, não esquecendo nunca que a actividade motora excessiva é um padrão de resposta automática que a criança não consegue controlar na totalidade (Sosin, David & Myra 1996).

Estas crianças têm uma actividade excessiva e uma escassa sociabilidade, o que as leva a ter conflitos constantes com os colegas e professor.

Estas condutas problemáticas criam nas crianças expectativas frustrantes e estádios de cólera e hostilidade.

Para colmatar este distúrbio comportamental o professor deve tornar-se mais interactivo e direccionado, encorajando a auto-regulação e o auto-reforço, como meios de desenvolvimento de auto-estima, igualmente favoráveis ao aumento da motivação.

Torna-se urgente desenvolver nos professores uma consciência epistemológica que os leve a questionar as práticas, a reflectir sobre elas, a implementar formas de trabalho colaborativo entre professores e entre estes e os alunos, sob pena de não conseguirmos implementar verdadeiramente, os princípios da inclusividade,

ficando-nos por formas ambíguas, que nem são francamente inclusivas, nem não inclusivas (Dyson e Millward, 2000, cit. por César, 2003).

Os Professores/Educadores, que tem estas crianças na turma, tentam responder ao desafio evitando estabelecer objectivos demasiado baixos ou demasiado altos, uma vez que à “hiperactividade” alia-se a dificuldade em manter a concentração para além de períodos de tempo muito curtos e a tendência para prestar atenção a estímulos não pertinentes ou diversos estímulos simultaneamente.

O professor que espera que todos os alunos estejam e se comportem em conformidade com todas as mesmas exigências e expectativas muito provavelmente vai desanimá-los e ensinar-lhes pouco mais do que a odiar a escola (Sosin, David & Myra 1996).

As interacções negativas entre professor/aluno podem exacerbar a fraca reabilitação escolar e social, reduzindo a motivação e a auto-estima da criança em questão, conduzindo-a mesmo ao fracasso escolar.

Se a interacção estabelecida entre professor/aluno, continuar e for positiva pode, pelo menos, aumentar a possibilidade de sucesso a longo prazo, a criança em questão será capaz de fazer a sua auto-avaliação, expressar uma atitude de aprovação/desaprovação e ainda será capaz de acreditar no seu sucesso.

Assim, os professores devem evitar estabelecer relações conturbadas, pois, sabem que as crianças “hiperactivas” apresentam normalmente grande dificuldade em controlar a impulsividade.

Quando se suspeita que uma criança sofre de PHDA, a atitude mais correcta é informar a família e direcciona-la para uma consulta especializada.

Capítulo III

3 - Metodologia

3.1 - Objectivos do Estudo

Este estudo pretende contribuir (na generalidade) para um melhor conhecimento do Grau de Conhecimento e Percepção de Impacto no Contexto Escolar dos docentes relativamente à PHDA.

Contribuir para uma melhor inclusão das crianças com PHDA nas escolas que frequentam.

Assim apresentamos como objectivos deste estudo:

Saber qual o Conhecimento (Exploração das Percepções) dos Docentes do Apoio, Pré-escolar, 1º, 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico, de um Agrupamento de Escolas sobre a PHDA, relativamente às características, prevalência, etiologia, evolução, diagnóstico, problemas associados, formas de intervenção, efeitos no contexto escolar e atitudes em relação a estas crianças/jovens na sala de aula;

Comparar as Percepções dos Docentes do 1º, 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico, de um Agrupamento de Escolas em relação às crianças com PHDA;

Verificar que relação existe entre o Conhecimento, Percepções de Impacto e as Atitudes dos Docentes do 1º, 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico, de um Agrupamento de Escolas em relação às crianças com PHDA.

3.2. - Métodos e Procedimentos

3.2.1 - Tipologia do Estudo

Este estudo tem carácter sobretudo exploratório (descritivo) como uma análise quantitativa, qualitativa e correlacional dos resultados.

O nosso estudo é um estudo descritivo uma vez que a nossa investigação apresenta:

Formulação do problema, revisão da literatura, formulação dos objectivos, definição da amostra e escolha de técnica de recolha de dados (instrumento).

Todos os estudos apresentam um desenho e um método de investigação.

Segundo Ribeiro, J.L. (2007), são estes que permitem, ou não, responder à grande questão de investigação colocada no início, que permitem recolher a informação necessária (quantitativa, qualitativa ou mista), do modo apropriado, com os procedimentos apropriados, que permitem identificar e exaltar os aspectos mais importantes da investigação.

Segundo Ribeiro, J.L. (2007), as técnicas quantitativas requerem o uso de medidas e de métodos padronizadas convertidas em números.

Na investigação correlacional analisam-se as relações entre as variáveis, sem que se manipulem as variáveis em estudo, Ribeiro, J.L. (2007).

Se os investigadores focarem as relações entre variáveis, diz-se que a estatística utilizada é a univariada ou multivariada (Baltes, et al. 1977 cit. por Ribeiro, 2007).

3.2.2 - Caracterização da Amostra

A investigação foi realizada num Agrupamento de Escolas na margem sul do Tejo (Almada).

A População alvo compreendeu 190 Professores do Apoio, Pré-escolar, 1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico, que estavam a desempenhar funções no ano lectivo (2007/2008).

A amostra utilizada no nosso estudo é uma Amostra não Probabilística ou Intencional.

As amostras caem em dois tipos (Dommermuth, 1975 cit. por Ribeiro, 2007): não probabilística e probabilística. Numa amostra não probabilística, também chamada intencional (Smith, 1975 cit. Ribeiro, 2007), a probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida.

Smith 1975 cit. por Ribeiro, 2007, propõe o seguinte tipo de amostras não probabilísticas: Acidentais, homogéneas, heterogéneas, estruturais, de informantes estratégicos.

A amostra do nosso estudo é uma amostra intencional heterogénea, a qual pode ser de dois tipos, amostra representativa e amostra por quotas.

A nossa amostra é uma amostra representativa, que segundo Ribeiro, J.L. (2007), são amostras intencionais heterogéneas, em que um conjunto de indivíduos que possuem a variável é intencionalmente escolhido para garantirem a amplitude da representação da variável.

O principal problema da Amostra não Probabilística ou Intencional é o facto de se desconhecer quanto ela é representativa de uma população ou universo.

3.2.3. - Instrumento de Pesquisa

O instrumento de pesquisa utilizado para servir de instrumento de recolha de dados constou de um questionário por inquérito. (anexo 1)

Utilizámos esta técnica por ser a adequada para inquirir um grande número de pessoas e permitir recolher informações que tiveram como objectivo obter dados quantitativos sobre o Conhecimento e a Percepção dos professores em relação às crianças com PHDA, de forma a poder correlacionar esses dados com as Atitudes dos professores em relação às crianças com PHDA.

O questionário foi construído com base num outro questionário (anexo 2) que serviu de base a dois estudos realizados na Faculdade de Motricidade Humana em parceria com o Cadin¹ e o original é da autoria da equipa de Défices de Atenção do Cadin (Ana Rodrigues e Joana Horta).

¹ Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil.

3.2.3.1 – Adaptação do Instrumento de Pesquisa

O questionário utilizado no estudo sofreu algumas alterações, com a supressão de algumas questões, que consideramos não serem fundamentais para a concretização do nosso estudo, acrescentámos, alterámos e suprimimos também alguns itens.

Quadro 1
Quadro Comparativo

Questionário Original	Questionário do Estudo
As questões n.º s 2, 3 e 4, do questionário original, foram resumidas numa única questão.	Questão n.º 2: “Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção? (assinale 5)”.

Esta única questão refere sucintamente os três aspectos essenciais que caracterizam a PHDA (Falta de Atenção – Hiperactividade – Impulsividade).

Questionário Original	Questionário do Estudo
A questão n.º 5 do questionário original, era composta por 4 itens.	Questão n.º 3: não mencionámos o item 4 “justifique a sua resposta”

Na questão número 3 não mencionámos o item 4 “justifique a sua resposta”, que era parte integrante do questionário original, porque considerámos não ser relevante para o estudo.

Questionário Original	Questionário do Estudo
Na questão n.º 6: questionário original item 7 “Educação Familiar”.	Questão n.º 4: modificámos o conteúdo do item 7 do questionário original para “Estilos Parentais”.

Na questão número 4 modificámos o conteúdo do item do questionário original de “Educação Familiar” para “Estilos Parentais”, consideramos mais importante a referencia aos pais (estilos parentais) do que a referencia genérica à família (educação familiar) no estudo em causa.

Questionário Original	Questionário do Estudo
Na questão n.º 10: questionário original não existe o item 8.	Questão n.º 8: acrescentámos o item 8 “outros”.

Em relação à questão número 8 acrescentámos o item “outros”, para que os participantes do estudo, tivessem oportunidade de referir outros problemas que segundo a sua opinião poderão provocar maior desadaptação, além dos já referidos no questionário original.

Questionário Original	Questionário do Estudo
As questões n.º s 12 e 13, do questionário original, foram suprimidas.	

Foram suprimidas do Questionário original as questões números 12 e 13, porque consideramos que não eram fundamentais para o estudo que estávamos a realizar.

Questionário Original	Questionário do Estudo
Da questão n.º 14 do Questionário original retiramos alguns itens: “Participar na construção do PE e do PEI”; “Participação em adaptação curriculares”; “Ter um Projecto Educativo de Escola (PEE) que contemple estas especificidades”.	Questão n.º 10: ficou resumida a 9 itens da questão original.

Devido ao facto de actualmente os professores titulares de turma colaborarem na construção do PE e do PEI, participarem na elaboração das adaptações curriculares e o Projecto Educativo de Escola contempla todas as crianças.

Questionário Original	Questionário do Estudo
Na questão n.º 15 do questionário original foram suprimidos alguns itens.	A questão n.º 11: do questionário do estudo foram eliminados itens e acrescentados outros itens.

A questão número 15 do questionário original sofreu algumas alterações, desta questão foram suprimidos alguns itens que não consideramos necessários.

No questionário do estudo, anexamos outros itens que consideramos pertinentes para o tipo de estudo que pretendemos realizar.

A referida questão passou a ser a questão número 11 do questionário do estudo e está sucintamente explicada no próximo ponto deste trabalho.

3.2.3.2 – Estrutura do Questionário

O Questionário do presente estudo é composto por onze questões englobando perguntas de carácter aberto e carácter fechado e com duas questões para ordenar as opções fornecidas.

O questionário foi estruturado em cinco partes essenciais, onde se agruparam um conjunto de questões relacionadas com cada área relativas à problemática que em seguida surgirão descriminadas:

Parte I – Identificação e Dados Pessoais

Formação:		Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Anos de Leccionação:		Idade:	
Nível Académico:	Situação Profissional:	Ano escolar que lecciona:	
Grau de informação anterior sobre a PHDA (0- nenhum; 1- Pouco; 2 -Suficiente; 3- Bom)		0 1 2 3	
Tipo de Formação anterior sobre a PHDA (0- nenhum 1 - no curso; 2- conferências, leituras, etc. 3 – Cursos breves, acções pontuais; 4- pós-graduada, especializada)		0 1 2 3 4	
Tem, ou teve, crianças com diagnóstico de PHDA, na sua sala: Sim ____ Não ____ Nº crianças: ____			

Parte II – Conhecimento sobre a problemática

Características que levam o professor a suspeitar de uma situação de PHDA, características que o professor considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com PHDA, a prevalência, as causas, a sua evolução, quem faz o seu diagnóstico e os problemas que lhe podem estar associados.

1- Das seguintes características, qual/quais é/são a (s) que o levam, enquanto professor, a suspeitar de uma situação de PHDA? [Assinale com uma cruz (X)].

Défice de Atenção	
Hiperactividade	
Impulsividade	

3– Classifique quanto à prevalência: A PHDA é: [Assinale com uma cruz (X), uma única opção]

Mais comum nos rapazes do que nas raparigas	
Mais comum nas raparigas do que nos rapazes	
Igualmente comum nas raparigas e nos rapazes	

4 – Na sua opinião o que pode causar a PHDA? [Assinale com uma cruz (X)]

Factores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)	
Excesso de TV e Play-Station	
Falta de vitaminas	
Alergias alimentares ou outras	
Factores genéticos	
Estilos Parentais	
Factores Biológicos (prematuridade, baixo peso à nascença, gravidez de risco, acidentes perinatais, etc.)	
Outros – Quais?	

5 – Na sua opinião a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo?

Sim	
Não	

6 – Na sua opinião, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA? [Assinale com uma cruz (X)]

Professor	
Psicólogo	
Professor Ensino Especial	
Médico	
Outro – Quem?	

7 – Na sua opinião podem existir outros problemas associados à PHDA?

Sim	
Não	

Parte III – Avaliação do Impacto que causa em contexto escolar

Características que provocam maior desadaptação e que estão associadas à PHDA;

2– Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção? (assinale 5)

1. Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas	
2. Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades	
3. Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra	
4. Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (Não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções).	
5. Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas	
6. Expressa relutância em envolver-se em tarefas e actividades que requerem um esforço mental mantido (Trabalhos escolares).	
7. Perde objectos necessários às tarefas e actividades escolares.	
8. Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	
9. Esquece-se das actividades quotidianas.	
10. Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	
11. Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado	
12. Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado.	
13. Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer.	
14. Anda ou actua como se estivesse sempre ligado “a um motor”.	

15. Fala excessivamente.	
16. Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.	
17. Tem dificuldade em esperar a sua vez.	
18. Interrompe ou interfere nas actividades dos outros.	

8– Se respondeu que sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação.

Dificuldade na relação com os pares	
Pouca persistência e baixa motivação	
Comportamentos de agressividade e oposição	
Não aceitar e respeitar as regras	
Dificuldades de aprendizagem	
Baixa auto-estima	
Comportamentos de risco	
Outros – (Quais?)	

Parte IV – Atitude face à situação

Há autores que referem que a atitude deve ser analisada em relação a três pontos de vista (Sentimentos, Conhecimentos e Comportamento) e não só ao nível do comportamento. O nosso estudo avaliou a atitude apenas no que se relaciona com o comportamento.

Assim com as questões, 9 e 10 pretendemos saber que forma de intervenção poderá trazer mais benefícios, bem como a importância das opções a tomar quando um professor se encontra face a uma criança com PHDA.

9 – Na sua opinião qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA? Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1 mais importante) e (7 menos importante)

Medicação	
Colaboração Pais – Escola	
Terapia familiar	
Apoio escolar/académico	
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	
Outros – (Quais?)	

10 – Na sua opinião, o que pode fazer um(a) professor(a) quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula. Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1- mais importante; 9 - menos importante)

Encaminhar para um técnico especializado	
Manter um contacto mais frequente com a família	
Adaptar o contexto físico da sala de aula	
Encaminhar para o apoio educativo	
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	
Adaptar materiais e processos de avaliação	
Outro – Qual?	

Parte V – Estratégias de Intervenção em contexto escolar utilizadas pelos professores com crianças com PHDA.

11 – A seguir está uma lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar. Por favor assinale a frequência com que as utiliza no seu quotidiano de trabalho com estas crianças.

1. Recompensas Sociais (atenção, louvores, afectos, privilégios...).	0 1 2
2. Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).	0 1 2
3. Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).	0 1 2
4. Time-out (tempo de afastamento da classe).	0 1 2
5. Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).	0 1 2
6. Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.	0 1 2
7. Sugerir à criança que relate o que está a fazer.	0 1 2
8. Supervisão frequente do trabalho.	0 1 2
9. Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.	0 1 2
10. Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.	0 1 2
11. Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	0 1 2
12. Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.	0 1 2
13. Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).	0 1 2
14. Reprimendas verbais.	0 1 2
15. Relatório semanal com objectivos específicos do comportamento e feedback como os objectivos foram alcançados.	0 1 2
16. Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo	0 1 2
17. Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).	0 1 2
18. Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).	0 1 2
19. Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.	0 1 2
20. Dar conhecimento ao Director de turma acerca do mau comportamento do aluno	0 1 2
21. Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).	0 1 2
22. Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.	0 1 2

3.2.4 - Procedimentos de Recolha dos dados

Foi pedida a autorização ao Conselho Executivo do Agrupamento de Escolas para que fosse possível a colaboração por parte dos professores considerados como amostra na realização dos questionários. Para isso foi elaborada um ofício a pedir a autorização para que os mesmos fizessem parte da amostra, informando os fins a que se destinava este estudo. (anexo 3)

3.2.5 - Ensaio do Questionário

O questionário utilizado no estudo foi objecto de aplicação piloto. Foram realizados pré-testes, aplicados a 5 professores, que não fizeram parte da amostra.

Pretendia-se com este procedimento verificar a sua aplicabilidade, a existência de dúvidas quanto à interpretação das questões (clareza, precisão dos termos, apresentação...) e quanto ao tipo de resposta a dar.

Após a aplicação piloto do questionário verificámos que era fácil de aplicar, os colegas que fizeram parte da aplicação piloto do questionário não apresentaram dúvidas relativamente à interpretação das questões e quanto ao tipo de resposta a dar.

3.2.6 - Condições de aplicação

O questionário foi o único instrumento utilizado para a recolha de informação.

No decorrer da aplicação do questionário foram tidas em conta algumas considerações, a saber:

Os questionários foram aplicados por administração indirecta e sem presença do inquiridor;

Informámos os colegas sobre os objectivos do questionário e que as informações recolhidas só seriam utilizadas para efeitos de pesquisa, assim como as respostas que teriam um grau de confidencialidade (anexo 4).

3.2.7 - Procedimentos de Calendarização

1ª Fase: Preparação (Janeiro/Fevereiro 2008)

- Proposta às Escolas passíveis de se envolverem no projecto;
- Reunião com os Coordenadores das escolas passíveis de se envolverem no projecto;
- Calendarização da data de entrega dos questionários.

2ª Fase: Entrega dos Questionários (Março 2008)

- Aplicação dos questionários aos Professores envolvidos no projecto.

3ª Fase: Recepção dos Questionários (Abril 2008)

- Recolha dos questionários nas escolas envolvidas, para posterior análise e exposição do trabalho efectuado.

4ª Fase: Tratamento dos Dados (Maio/Junho/Julho 2008).

- Depois de obtidos os resultados procedeu-se à análise dos mesmos.

3.2.8 - Procedimentos de Tratamento de Dados

Após a recolha dos questionários, codificamos as variáveis o que facilitou o tratamento dos dados não numéricos dos questionários e procedemos à sua análise, tendo em atenção cada pergunta, para que posteriormente fosse mais fácil a construção das tabelas.

Para o tratamento dos dados recorremos a dois programas:

- - Microsoft Office Excel 2003. Ink
- - SPSS 16.0 for Windows. Ink

Na amostra, codificámos as seguintes variáveis: sexo, idade, ciclos de ensino, tempo de serviço, nível académico e situação profissional.

3.3 - Caracterização dos Participantes no Estudo

A amostra do nosso estudo é constituída por cento e dez (N=110) professores do Pré-escolar, 1º Ciclo, 2º Ciclo e 3º Ciclos do Ensino Básico.

De um total de (N=190) inquéritos distribuídos, foram recebidos (N=110), o que corresponde a 57,9% de devolução.

3.3.1 – Identificação e dados pessoais dos participantes

Tabela 1
Caracterização da Amostra

Género do Docente	Masculino		Feminino								Total	
	F	%	F	%							F	%
	17	15,5	93	84,5							110	100

Anos de Lecciona.	[1, 3[		[3, 12[		[12, 21[		[21, 30[		[30, 39]		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	3	2,7	33	30	29	26,4	21	19,1	24	21,8	110	100

Idade do Docente	[22, 26[		[26, 32[		[32, 38[		[38, 44[		[44, 50[		[50, 56[
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	1	0,9	19	17,3	18	16,4	19	17,3	15	13,6	30	27,3
	[56, 62]		Total									
F	%	F %										
	8	7,3	110 100									

Nível Académic.	Bacharel.		Licenciat.		Pós-Grad.		Mestrado		Superior		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	5	4,4	99	90	3	2,7	2	1,8	1	0,9	110	100

Situação Profissional do Docente												
Profis-sional do Docente	Titular		Professor		Contratado						Total	
	F	%	F	%	F	%					F	%
	10	9,2	85	78	14	12,8					110	100

Ciclo Escolar do Docente	Pré-escolar		1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		Apoio		Total	
	F	%	F	%	F	%	%		F	%	F	%
	5	4,5	38	34,5	32	29,1	31	28,2	4	3,6	110	100

Crianças com PHDA	Não		Sim		Total	
	F	%	F	%	F	%
	27	24,5	83	75,5	110	100

Nº de Crianças com PHDA	Nenhuma		Uma		Duas		Três		Quatro		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	27	24,5	47	42,7	25	22,7	8	7,3	3	2,7	110	100

Na **tabela 1**, relativamente ao **género do docente**, há a referir um número de participantes muito elevado 84,5% (N=93) do género feminino, em oposição apenas a 15,5% (N=17) do género masculino.

Quanto aos **anos de leccionação**, 2,7% (N=3) entre [1, 3[; 30% (N=33) entre [3, 12[; 26,4% (N=29) entre [12, 21[; 19,1% (N=21) entre [21, 30[; 21,8% (N=24) entre [30, 39] anos de serviço.

No que se relaciona com a **idade do docente**, 0,9% (N=1) entre [22, 26[; 17,3% (N=19) entre [26, 32[; 16,4% (N=18) entre [32, 38[; 17,3% (N=19) entre [38, 44[; 13,6% (N=15) entre [44, 50[; 27,3% (N=30) entre [50, 56[; 7,3% (N=8) entre [56, 62] anos.

Em relação ao **nível académico**, 4,4% (N=5) possui Bacharelato; 90% (N=99) possui Licenciatura; 2,7% (N=3) possui Pós-Graduação; 1,8% (N=2) possui Mestrado; 0,9% (N=1) possui formação Superior.

No que trata da situação **profissional do docente**, 9,2% (N=10) é professor Titular; 78% (N=85) é professor (QZP, QE); 12,8% (N=14) é professor contratado.

Relativamente ao **ciclo escolar do docente**, 4,5% (N=5) lecciona no pré-escolar; 34,5% (N=38) lecciona no 1º ciclo; 29,1% (N=32) lecciona no 2º ciclo; 28,2% (N=31) lecciona no 3º ciclo; 3,6% (N=4) é professor de apoio.

Em relação a **tem ou teve crianças com PHDA na sala de aula**, 24,5% (N=27) não tem/teve crianças com PHDA; 75,5% (N=83) tem/teve crianças com PHDA na sala de aula.

Quanto ao **número de crianças com PHDA na sala de aula**, 24,5% (N=27) não teve crianças com PHDA; 42,7 (N=47) tem/teve 1 criança com PHDA; 22,7% (N=25) tem/teve 2 crianças com PHDA; 7,3% (N=8) tem/teve 3 crianças com PHDA; 2,7% (N=3) tem/teve 4 crianças com PHDA.

Na tabela seguinte (Caracterização dos Participantes do Estudo), pretendemos saber o **Grau de Informação anterior Sobre a PHDA**, dos participantes do nosso estudo.

Tabela 2
Caracterização dos Participantes do Estudo
Grau de Informação anterior Sobre a PHDA

	F	P
Nenhum	7	6,4%
Pouco	73	66,4%
Suficiente	27	24,5%
Bom	3	2,7%
Total	110	100%

Em relação à **tabela 2**, o Grau de Informação anterior sobre PHDA, situa-se entre 66,4% (N=73) “**Pouco**” e 24,5% (N=27) “**Suficiente**”.

Na Tabela que se segue (Caracterização dos Participantes do Estudo), queremos saber **que Tipo de Formação anterior sobre a PHDA**, têm os participantes no Estudo.

Tabela 3
Caracterização dos Participantes do Estudo
Tipo de Formação anterior sobre a PHDA

	F	P
Nenhum	25	22,7%
No Curso	13	11,8%
Conferências, leituras	61	55,5%
Cursos breves, acções pontuais	7	6,4%
Pós-graduada, especializada	4	3,6%
Total	110	100%

Na **Tabela 3**, verificamos que o tipo de Formação anterior sobre a PHDA, foi adquirido sobretudo através de “Conferências/leituras”, 55,5% (N=61), enquanto que 22,7% (N=25), demonstra não ter qualquer tipo de formação anterior sobre a PHDA.

3.3.2 – Variáveis do Estudo

Quadro 2

Quadro de Variáveis

Variáveis	Abreviaturas
Formação inicial	F I
Anos de leccionação	A lec
Nível académico	N acad
Licenciatura	Lic
Situação profissional	Sit prof
Ano escolar que lecciona	A esc lec
Grau de informação	G informação
Tipo de formação	T Formação
Número de crianças com PHDA	N.º crs PHDA
Défice de Atenção	D A
Hiperactividade	H
Impulsividade	I

Capítulo IV

4 - Apresentação Análise dos Dados e Discussão dos Resultados

4.1 – Apresentação e Análise dos Dados

O estudo foi dividido em três partes, para assim facilitar a análise e discussão dos dados: **CONHECIMENTO; IMPACTO; ATITUDE.**

4.1.1 – Conhecimento

Na primeira parte do estudo apresentamos os dados recolhidos relativamente ao conhecimento que os docentes apresentam em relação á PHDA.

Na tabela 4, (**questão 1**) pretende-se saber quais são as características que levam o professor a suspeitar que uma criança poderá ter PHDA.

Tabela 4

Questão 1 – das seguintes características, qual/quais é/são a(s) que o levam, enquanto professor a suspeitar, de uma situação de PHDA? [Assinale com uma cruz(X)]

	Não Assinalou		Assinalou		Total	
	F	%	F	%	F	%
1.1 – Défice de Atenção	14	12,7	96	87,3	110	100%
1.2 – Hiperactividade	23	20,9	87	79,1	110	100%
1.3 – Impulsividade	75	68,2	35	31,8	110	100%

No que se relaciona com **tabela 4**, verificamos que a característica mais valorizada pelos participantes é o “Défice de Atenção”, 87,3% (N=96), seguida da “Hiperactividade” 79,1% (N=87) sendo a “Impulsividade” referida por 31,8% (N=35), dos participantes do estudo.

Segue-se a tabela 5, (**questão 3**) nesta questão é pedido ao docente que classifique a PHDA quanto à Prevalência.

Tabela 5

Questão 3 – Classifique quanto à Prevalência: A PHDA é: [Assinale com uma (X)], uma única opção.

	Total	
	F	%
3.1 – Mais comum nos rapazes	71	64,5
3.2 – Mais comum nas raparigas	1	0,9
3.3 – Igualmente comum	38	34,5
	110	100%

Em relação à **tabela 5**, a maioria dos participantes, 64,5% (N=71), refere que a PHDA “é mais comum nos rapazes do que nas raparigas”, enquanto que 34,5% (N=38) dos participantes considera “ser igualmente comum nos rapazes e nas raparigas”. Apenas 0,9% (N=1) refere que a PHDA “é mais comum nas raparigas”.

Nesta tabela (**questão 4**) pergunta-se aos docentes quais as causas que eles consideram que pode causar PHDA.

Tabela 6

Questão 4 – Na sua Opinião o que pode causar a PHDA? [Assinale com uma (X)]

	Não Assinalou		Assinalou		Total	
	F	%	F	%	F	%
4.1 – Factores Ambientais	59	53,6	51	46,4	110	100%
4.2 – Excesso de TV e Playstation	89	80,9	21	19,1	110	100%
4.3 – Falta de Vitaminas	110	100			110	100%
4.4 – Alergias Alimentares ou outras	110	100			110	100%
4.5 – Factores Genéticos	30	27,3	80	72,7	110	100%
4.6 – Estilos Parentais	72	65,5	38	34,5	110	100%
4.7 – Factores Biológicos	55	50	55	50	110	100%
4.8 – Outra Causas	107	97,3	3	2,7	110	100%

No que se refere à **tabela 6**, 72,7% (N=80) dos participantes menciona que os “Factores Genéticos” são a causa principal desta perturbação, enquanto que 50% (N=55) considera que os “Factores Biológicos” são os principais causadores da PHDA. Enquanto que 46,4% (N=51) aponta como principal causa os “Factores Ambientais”, por último 2,7% (N=3) referem que existem “Outras Causas”, tais como “educação muito permissiva desde bebé”, que podem provocar esta Perturbação.

Na tabela 7 (**questão 5**) pretende-se saber, se os docentes consideram que a perturbação desaparecem com o tempo.

Tabela 7**Questão 5 – Na sua opinião a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo?**

	Frequência	Percentagem
Não	96	87,3
Sim	14	12,7
Total	110	100

Observando as respostas dadas pelos participantes na **tabela 7** podemos concluir que a maioria dos participantes do estudo 87,3% (N=96), considera que a PHDA não desaparece com o tempo.

Segue-se tabela 8 (**questão 6**) em que se pretende saber, segundo os participantes do estudo, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA.

Tabela 8**Questão 6 – Na sua opinião, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA? [Assinale com uma cruz (X)]**

	Não Assinalou		Assinalou		Total	
	F	%	F	%	F	%
6.1 - Professor	86	78,2	24	21,8	110	100
6.2 - Psicólogo	14	12,7	96	87,3	110	100
6.3 – Professor de Ensino Especial	54	49,1	56	50,9	110	100
6.4 - Médico	42	38,2	68	61,8	110	100
6.5 - Outro	107	97,3	3	2,7	110	100

Analisando os resultados da **tabela 8** concluímos que 87,3% (N=96) dos participantes refere que deve ser o “Psicólogo” a realizar o diagnóstico e 61,8% (N=68) aponta o “Médico”, o “Pedopsiquiatra” é também referido como “outro” possível profissional para fazer o diagnóstico 2,7% (N=3).

Na tabela 9 (**questão 7**) procura-se saber qual a opinião dos inquiridos relativamente à existência de problemas associados à PHDA.

Tabela 9**Questão 7 – Na sua opinião podem existir outros problemas associados à PHDA?**

	Frequência	Porcentagem
Não	0	0
Sim	109	99,1
Valores omissos	1	0,9
Total	110	100

Como se pode observar, na **tabela 9** a grande maioria dos participantes considera que existem “outros problemas associados à PHDA”.

4.1.2 – Impacto

Na segunda parte do estudo apresentamos os dados recolhidos em relação ao impacto que a PHDA segundo os docentes que integraram o estudo pode causar em contexto escolar.

Na tabela 10 apresentamos as respostas á **questão 8** onde é pedido aos participantes do estudo para indicarem, quais os problemas que consideram estar associados á PHDA que podem provocar maior desadaptação em contexto escolar. Esta questão reporta-se à questão anterior (questão 7).

Tabela 10**Questão 8 – Se respondeu que sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação?**

	Não Assinalou		Assinalou		Total	
	F	%	F	%	F	%
8.5 – Dificuldades de Aprendizagem	35	31,8	75	68,2	110	100
8.1 – Dificuldade na relação com os pares	43	39,1	67	60,9	110	100
8.4 – Não aceitar e respeitar as regras	50	45,5	60	54,5	110	100
8.3 – Comportamentos de Agressividade e oposição	54	49,1	56	50,9	110	100
8.2 – Pouca persistência e baixa motivação	55	50	55	50	110	100
8.6 – Baixa auto-estima	60	54,5	50	45,5	110	100
8.7 – Comportamentos de risco	57	51,8	53	48,2	110	100
8.8 - Outros	109	99,1	1	0,9	110	100

Observando a **tabela 10** podemos concluir que 68,2% (N=75), dos participantes no estudo consideram as “Dificuldades de Aprendizagem” como o problema que causa maior desadaptação, seguindo-se a “Dificuldade na Relação com os Pares” 60,9% (N=67) e o “Não aceitar e respeitar as regras” 54,5 (N=60). Um dos participantes indicou que podem existir outros problemas, além dos mencionados (Deficiência Mental, distúrbios da personalidade...).

Todos os problemas referidos apresentam % perto dos 45% ou seja quase metade dos professores consideram que todos os problemas apresentados provocam desadaptação em contexto escolar.

Segue-se a tabela 11 (**questão 2**) onde são referidas por ordem decrescente as características que segundo os inquiridos perturbam mais a vida escolar das crianças com PHDA.

Tabela 11
Questão 2 – Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção? (Assinale 5)

	Não Assinalou		Assinalou		Total	
	F	%	F	%	F	%
2.2 – Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades.	16	14,5	94	85,5	110	100
2.8 – Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	47	42,7	63	57,3	110	100
2.4 – Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares...	62	56,4	48	43,6	110	100
2.11 – Levanta-se da sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado.	63	57,3	47	42,7	110	100
2.5 – Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas.	67	60,9	43	39,1	110	100
2.6 – Expressa relutância em envolver-se em tarefas e actividades que requerem um esforço mental mantido...	73	66,4	37	33,6	110	100
2.10 – Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	74	67,3	36	32,7	110	100
2.1 – Não presta atenção suficiente ou comete erros por descuido...	80	72,7	30	27,3	110	100
2.12 – Corre, salta excessivamente, em situações em que tal é inadequado.	81	73,6	29	26,4	110	100

2.3 – Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra.	82	74,5	28	25,5	110	100
2.13 – Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer.	94	85,5	16	14,5	110	100
2.15 – Fala excessivamente.	94	85,5	16	14,5	110	100
2.18 – Interrompe ou interfere nas actividades dos outros.	95	86,4	15	13,6	110	100
2.16 – Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.	97	88,2	13	11,8	110	100
2.17 – Tem dificuldade em esperar pela sua vez.	97	88,2	13	11,8	110	100
2.7 – Perde objectos necessários às tarefas e actividades escolares.	97	88,2	13	11,8	110	100
2.14 – Anda ou actua como se estivesse sempre ligado “a um motor”.	99	90	11	10	110	100
2.9 – Esquece-se das actividades quotidianas.	107	97,3	3	2,7	110	100

Analizando a **tabela 11** e segundo os participantes, podemos constatar que 85,5% (N=94), “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades”, enquanto 57,3% (N=63) “Distraem-se facilmente com estímulos irrelevantes” e 43,6% (N=48) “Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares...”.

4.1.3 – Atitude

Na terceira parte do estudo apresentamos os dados recolhidos relativamente às atitudes, formas de intervenção, que os professores que participaram no estudo consideram trazer mais benefícios para as crianças com PHDA e as estratégias de intervenção em contexto escolar que utilizam com mais frequência no seu dia a dia.

Em relação às questões (9 e 10), foi criada um score onde se multiplica o grau de cada questão pela frequência que cada uma surge na amostra, utilizando a seguinte formula, para a questão 9 $[fx=(Cx*7)+(Dx*6)+(Ex*5)...]$ e para a questão 10 $[fx=(Dx*9)+(Dx*8)+(Fx*7)...]$ sendo que Cx, Dx, Ex, etc... representam as questões e o numero representa a frequência que cada uma surge na amostra.

Os resultados da tabela vão surgir por ordem decrescente para se visualizar melhor o impacto das respostas.

Na tabela 12 (**questão 9**), inquiriu-se os participantes em relação à forma de intervenção segundo os mesmos que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA.

Tabela 12

Questão 9 – Na sua opinião qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA? Ordene as seguintes opções da mais importante (1 mais importante), para a menos importante (7 menos importante).

Valor Atribuído	7	6	5	4	3	2	1	Cotação
9.2 – Colaboração Pais escola.	29	25	23	21	9	2	1	584
9.5 – Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico.	29	20	18	15	13	15		542
9.6 – Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula.	19	12	25	19	27	28		503
9.3 – Terapia familiar.	9	28	18	16	21	16	1	481
9.4 – Apoio escolar/académico.	3	14	16	34	32	11		439
9.1 – Medicação.	20	9	13	5	7	55	1	411
9.7 – Outros.						1	42	44

Segundo os dados que surgem na **tabela 12**, podemos concluir que os participantes no estudo, consideram que a “colaboração pais escola” (**Cotação 584**), é a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA. Seguida das “Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico” (**Cotação 542**) e a “Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula” (**Cotação 503**) merece também realce por parte dos inquiridos.

Segue-se a tabela 13 (**questão 10**) onde os participantes foram questionados sobre qual a atitude que o Professor deve tomar quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula.

Tabela 13

Questão 10 – Na sua opinião o que podem fazer um (a) professor (a) quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula. Ordene as seguintes opções da mais importante (1 – mais importante), para a menos importante (9 – menos importante).

Valor Atribuído	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Cotação
10.1 – Encaminhar para um Técnico especializado.	51	26	6	8	6	5	3	1	2	820
10.2 – Manter um contacto mais frequente com a família.	20	30	15	9	11	12	10	2		716
10.7 – Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias.	11	10	28	15	16	15	12	2		645
10.4 – Encaminhar para o apoio educativo.	7	13	19	16	12	20	14	8		594
10.6 – Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula.	2	16	18	17	17	22	13	4		594
10.8 – Adaptar materiais e processos de avaliação.	11	4	8	21	21	14	16	14		550
10.3 – Adaptar o contexto físico da sala de aula.	5	7	13	18	15	17	26	7	1	536
10.5 – Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola.	1	1	2	6	11	4	14	67	4	318
10.9 – Outro.	1						1	5	30	52

Analisando a **tabela 13**, verificamos que “Encaminhar para um Técnico especializado” (**Cotação 820**), é segundo os participantes no estudo a atitude mais certa a tomar, “Manter um contacto mais frequente com a família” (**Cotação 716**) apresenta também um valor bastante significativo, “Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias” (**Cotação 645**) é também uma atitude bastante valorizada pelos participantes.

Segue-se tabela 14 (**questão 11**) sobre possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar utilizadas pelos participantes do estudo quando se tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula.

Tabela 14

Questão 11 – Na sua opinião o que podem fazer um (a) professor (a) quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula?

	Nunca		Às Vezes		Frequentemente		Valores Omissos	
	F	%	F	%	F	%	F	%
11.8 – Supervisão frequente do trabalho.	1	0,9	25	21,9	67	58,8	21	18,4
11.9 – Dar ao aluno informação suficiente em relação ao trabalho que faz.	2	1,8	25	21,9	65	57	22	19,3
11.1 – Recompensas sociais.	6	5,3	28	24,6	57	50	23	20,2
11.3 – Ignorar pequenos comportamentos inadequados.	11	9,6	28	24,6	53	46,5	22	19,3
11.19 – Informar o Encarregado de Educação.	3	2,6	36	31,6	53	46,5	22	19,3
11.6 – Tarefas curtas, bem definidas e bem sequenciadas.	12	10,5	28	24,6	53	46,5	21	18,4
11.5 – Organização da sala de aula.	17	14,9	25	21,9	50	43,9	22	19,3
11.7 – Sugerir à criança que relate o que está a fazer.	10	8,8	38	33,3	44	38,6	22	19,3
11.14 – Reprimendas verbais.	12	10,5	37	32,5	43	37,7	22	19,3
11.20 – Dar conhecimento ao Director de Turma.	37	32,5	11	9,6	41	36	25	21,9
11.12 – Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.	35	30,7	21	18,4	36	31,6	22	19,3
11.22 – Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.	28	24,6	30	26,3	33	28,9	23	20,2
11.10 – Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.	40	35,1	21	18,4	31	27,2	22	19,3
11.13 – Repreensões para comportamentos impróprios.	44	38,6	17	14,9	30	26,3	23	20,2

11.17 – Regulamento disciplinar da escola.	39	34,2	22	19,3	30	26,3	23	20,2
11.16 – Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo.	60	52,6	4	3,5	26	22,8	24	21,1
11.21 – Ameaçar o aluno.	50	43,9	16	14	26	22,8	22	19,3
11.4 – Time-out (tempo de afastamento da classe).	41	36	31	27,2	16	14	26	22,8
11.11 – Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	43	37,7	34	29,8	13	11,4	24	21,1
11.15 – Relatório semanal com objectivos específicos do comportamento e feed-back...	53	46,5	26	22,8	13	11,4	22	19,3
11.18 – Colocar lembretes na carteira do aluno.	85	74,6	3	2,6	3	2,6	23	20,2
11.2 – Recompensas materiais.	77	67,5	13	11,4	1	0,9	23	20,2

Relativamente à **tabela 14**, podemos observar que as atitudes mais referidas pelos participantes são: “Supervisão frequente do trabalho” 58,8% (N=67) “Dar ao aluno informação suficiente em relação ao trabalho que faz” 57% (N=65) e “Recompensas sociais” 50% (N=57).

Verificamos que surgem valores omissos em todos os itens da questão 11, o que se deve ao facto de a questão pretender abranger os quatro ciclos de ensino, (Pré-escolar; 1º Ciclo; 2º Ciclo e 3º Ciclo), e existirem itens mais direccionados para o Pré-escolar e 1º Ciclo e outros mais direccionados para o 2º Ciclo e 3º Ciclo, consequentemente cada Ciclo de Ensino só preencheu os itens que directamente lhes dizem respeito. Nos valores omissos estão também incluídos os docentes que nunca tiverem alunos com PHDA.

Observando as estratégias que os professores dizem utilizar com uma frequência superior a 40% temos: “Ignorar pequenos comportamentos inadequados” 46,5 (N=53), “Informar o Encarregado de Educação” 46,5 (N=53), “Tarefas curtas, bem definidas e bem sequenciadas” 46,5 (N=53) e “Organização da sala de aula” 43,9 (N=50).

Em relação às estratégias que os docentes referem utilizar às vezes, “Sugerir à criança que relate o que está a fazer” 33,3 (N=38), “Reprimendas verbais” 32,5 (N=37) e “Informar o Encarregado de Educação”, 31,6 (N=36).

Analisando as estratégias que os docentes nunca utilizam, constatamos que é uma percentagem muito elevada, “Colocar lembretes na carteira do aluno” 74,6 (N=85), “Recompensas materiais” 67,5 (N=77), “Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo” 52,6 (N=60), “Relatório semanal com objectivos específicos do comportamento e feed-back ao aluno” 46,5 (N=53) e “Ameaçar o aluno” 43,9 (N=50)

4.1.4 – Comparação entre ciclos

A amostra do nosso estudo é constituída por cento e dez (N=110) professores de Apoio, do Pré-escolar, 1º Ciclo, 2º Ciclo e 3º Ciclos do Ensino Básico.

De um total de (N=190) inquéritos distribuídos, foram recebidos (N=110), o que corresponde a 57,9% de devolução.

Na comparação entre ciclos fazemos referência aos 1º Ciclo (N=38); 2º Ciclo (N=32); e 3º Ciclos (N=31) do ensino básico, não contemplamos o Apoio e o pré-escolar, devido ao facto do número de docentes ser diminuto, (N=4) a que corresponde 3,6% nos professores do Apoio e (N=5) equivalente a 4,5 % nos professores do pré-escolar, não sendo possível a sua comparação com os outros ciclos.

4.1.4.1 – Conhecimento

Na **tabela 15** apresentamos a comparação entre ciclos, de todas as questões relativas ao conhecimento, que os Docentes que participaram no estudo têm sobre a PHDA.

O teste utilizado foi o teste de Kruskal-Wallis, é um teste não paramétrico.

Ribeiro, J.L. (2007), refere que nos casos em que as variáveis são nominais ou ordinais a estatística adequada é a não paramétrica.

Este teste baseia-se na soma das ordens dos grupos combinados por ordem crescente. A menor observação tem o valor 1 e a seguinte o valor 2 e assim sucessivamente.

Nesta comparação foi utilizado o grau de significância $p = 0,05$.

Tabela 15
Comparação entre ciclos (1º Ciclo, 2º Ciclo e 3º Ciclo)

Questão 1 – Quais as características que levam o professor, a suspeitar de uma situação de PHDA?

	Ciclo	N	Média	Qui Quadrado	Graus de Liberdade	Asymp. Sig
1.1 – Défice de Atenção	1º	38	53,51			
	2º	32	49,61	1,336	2	,513
	3º	31	49,35			
1.2 - Hiperactividade	1º	38	50,37			
	2º	32	51,53	,063	2	,969
	3º	31	51,23			
1. 3 - Impulsividade	1º	38	51,78			
	2º	32	50,28	,072	2	,965
	3º	31	50,79			

Questão 3 - Classifique a PHDA quanto à prevalência:

	Ciclo	N	Média	Qui Quadrado	Graus de Liberdade	Asymp. Sig
Prevalência	1º	38	51,79			
	2º	32	49,97	,098	2	,952
	3º	31	51,10			

Questão 4 - O que pode causar a PHDA?

	Ciclo	N	Média	Qui Quadrado	Graus de Liberdade	Asymp. Sig
4.1 – Factores Ambientais	1º	38	50,42			
	2º	32	51,75	,048	2	,976
	3º	31	50,94			

4.2 – Excesso de TV e Play Station	1º	38	47,64			
	2º	32	56,78	3,921	2	,141
	3º	31	49,15			
4.3 – Falta de Vitaminas	1º	38	51,00			
	2º	32	51,00	,000	2	1,000
	3º	31	51,00			
4.4 – Alergias alimentares ou outras	1º	38	51,00			
	2º	32	51,00	,000	2	1,000
	3º	31	51,00			
4.5 – Causas Genéticas	1º	38	43,24			
	2º	32	56,61	7,388	2	,025
	3º	31	54,73			
4.6 – Estilos Parentais	1º	38	48,95			
	2º	32	53,52	,614	2	,736
	3º	31	50,92			
4.7 – Factores Biológicos	1º	38	57,89			
	2º	32	51,25	6,461	2	,040
	3º	31	42,29			
4.8 – Outras Causas	1º	38	52,66			
	2º	32	50,00	3,343	2	,187
	3º	31	50,00			

Questão 5 - A PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo?

	Ciclo	N	Média	Qui Quadrado	Graus de Liberdade	Asymp. Sig
Desaparece com o tempo	1º	38	54,53			
	2º	31	47,23	3,620	2	,164
	3º	31	48,84			

Questão 6 – Que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA?

	Ciclo	N	Média	Qui Quadrado	Graus de Liberdade	Asymp. Sig
6.1 - Professor	1º	38	51,13			
	2º	32	49,97	,141	2	,932
	3º	31	51,90			
6.2 - Psicólogo	1º	38	51,18			
	2º	32	53,34	1,576	2	,455
	3º	31	48,35			
6.3 - Professor de Ensino Especial	1º	38	50,25			
	2º	32	48,67	,835	2	,659
	3º	31	54,32			
6.4 - Médico	1º	38	55,05			
	2º	32	50,48	2,017	2	,365
	3º	31	46,56			
6.5 – Outro para Diagnosticar	1º	38	50,83			
	2º	32	52,66	2,137	2	,344
	3º	31	49,50			

Questão 7 – Podem existir outros problemas associados à PHDA?

	Ciclo	N	Média	Qui Quadrado	Graus de Liberdade	Asymp. Sig
Problemas Associados	1º	38	50,50			
	2º	31	50,50	,000	2	1,000
	3º	31	50,50			

Analisando a **tabela 15** verificamos que são alguns os itens em que se verificam diferenças entre os 3 ciclos de ensino é o caso das causas que podem provocar a PHDA e do profissional que deverá realizar o diagnóstico.

Em relação ao que pode causar a PHDA, ao analisarmos o crosstabs, (cruzamento de dados) cruzamento das variáveis ciclo escolar/causas biológicas) verificamos que se compararmos os resultados apurados no 1º ciclo 2º ciclo e 3º ciclo, relativamente ao ciclo que assinalou sobretudo as causas biológicas como a principal causa da PHDA, constatamos que a diferença é provocada pelos Docentes do 1º ciclo, 24 (N=38). (Anexo 5)

O cruzamento das variáveis ciclo escolar, causas genéticas, diz-nos que o ciclo que assinala as causas genéticas em número mais elevado, como a causa que pode provocar a PHDA são os professores do 2º ciclo, 27 (N=32) logo seguidos pelos professores do 3º ciclo, 25 (N=31). (Anexo 6).

Observando os resultados obtidos, quanto à percepção do Profissional a realizar o diagnóstico da PHDA, os professores do 1º ciclo, apontam o Médico como o principal profissional a realizar o diagnóstico, enquanto que os Professores do 2º ciclo, referem que deve ser o Psicólogo a realizar o diagnóstico o que contrapõe com os professores do 3º ciclo, que consideram o Professor de Educação Especial como o profissional mais indicado para realizar o diagnóstico da PHDA verificamos que aqui existem diferenças entre os três ciclos.

Apesar de não haver diferenças significativas entre os ciclos que são alvo do nosso estudo relativamente ao item Excesso de TV e Play Station, realizámos o cruzamento (crosstabs) das variáveis ciclo escolar com o referido item relativo à questão número 4 do questionário do estudo (O que pode causar a PHDA?), para conseguirmos efectuar uma análise do ponto de vista qualitativo.

Analisando o cruzamento das variáveis ciclo escolar, excesso de TV e Play station, constatamos que esta opção é a menos assinalada pelos participantes do estudo como a causa que pode provocar a PHDA (Anexo 7)

Comparando as percepções dos professores do 1º ciclo, 2º ciclo e 3º ciclo, relativamente às características que os levam a suspeitar de uma situação de PHDA, (conhecimento) verificamos que todos fazem referência ao “Défice de Atenção” como a característica predominante.

Relativamente “à prevalência da PHDA” observamos que os professores do 1º ciclo, do 2º ciclo e do 3º ciclo, tem percepções muito semelhantes. Todos os docentes inquiridos consideraram que a PHDA é mais comum nos rapazes.

Ao analisarmos as percepções que os docentes apresentam ao facto da PHDA “desaparecer com o tempo” verificamos que os professores do 1º ciclo, do 2º ciclo e do 3º ciclo, consideram que a PHDA não desaparece com o tempo.

A maioria dos participantes do estudo é da opinião que podem existir outros problemas associados á PHDA logo podemos concluir que não á diferenças entre os três ciclos.

4.1.4.2 - Impacto

Na **tabela 16** fazemos a comparação entre ciclos, de todas as questões relativas ao impacto, onde os Docentes fazem referência, às características das crianças com PHDA que causam maior impacto (perturbação) na vida escolar das mesmas.

O teste utilizado foi novamente o teste de Kruskal-Wallis e tal como na tabela anterior só foram tidos em consideração os valores $p = 0,05$.

Tabela 16

Comparação entre ciclos (1º Ciclo, 2º Ciclo e 3º Ciclo)

Questão 2 – Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com PHDA?

	Ciclo	N	Média	Qui Quadrado	Graus de Liberdade	Asymp. Sig
2.1 – Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas	1º	38	49,79	3,615	2	,164
	2º	32	57,02			
	3º	31	46,27			
2.2 – Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades	1º	38	54,01	1,888	2	,389
	2º	32	48,53			
	3º	31	49,85			

2.3 – Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra	1º	38	49,13	2,787	2	,248
	2º	32	47,97			
	3º	31	56,42			
2. 4 - Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares.	1º	38	50,09	1,344	2	,511
	2º	32	48,02			
	3º	31	55,19			
2.5 – Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas	1º	38	49,11	5,141	2	,076
	2º	32	58,91			
	3º	31	45,16			
2. 6 - Expressa relutância em envolver-se em tarefas e actividades que requerem um esforço mental mantido.	1º	38	49,45	1,038	2	,595
	2º	32	49,28			
	3º	31	54,68			
2.7 – Perde objectos necessários às tarefas e actividades escolares	1º	38	55,13	3,719	2	,156
	2º	32	49,23			
	3º	31	47,76			
2.8 – Distrai -se facilmente com estímulos irrelevantes	1º	38	55,72	2,549	2	,280
	2º	32	46,17			
	3º	31	50,19			
2.9 – Esquece-se das actividades quotidianas	1º	38	52,16	1,629	2	,443
	2º	32	51,08			
	3º	31	49,50			
2.10 – Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	1º	38	51,78	,072	2	,965
	2º	32	50,28			
	3º	31	50,79			

2.11 – Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado.	1º	38	49,11			
	2º	32	54,17	,783	2	,676
	3º	31	50,05			
2.12 – Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado.	1º	38	48,13			
	2º	32	51,70	1,130	2	,568
	3º	31	53,79			
2.13 – Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer.	1º	38	45,33			
	2º	32	53,47	6,562	2	,038
	3º	31	55,40			
2.14 - Anda ou actua como se estivesse sempre ligado “a um motor”.	1º	38	52,32			
	2º	32	51,73	1,370	2	,504
	3º	31	48,63			
2.15 – Fala excessivamente.	1º	38	50,64			
	2º	32	51,89	,122	2	,941
	3º	31	50,52			
2.16 – Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.	1º	38	52,97			
	2º	32	49,73	,881	2	,644
	3º	31	49,89			
2.17 – Tem dificuldade em esperar a sua vez.	1º	38	50,82			
	2º	32	51,81	,136	2	,934
	3º	31	50,39			
2.18 – Interrompe ou interfere nas actividades dos outros.	1º	38	51,64			
	2º	32	49,73	,279	2	,870
	3º	31	51,72			

Questão 8 - Indique os problemas associados à PHDA que considera provocarem maior desadaptação em contexto escolar?

	Ciclo	N	Média	Qui Quadrado	Graus de Liberdade	Asymp. Sig
	1º	38	45,75			
8.1 – Dificuldade na relação com os pares.	2º	32	55,22	2,840	2	,241
	3º	31	53,08			
	1º	38	53,91			
8.2 – Pouca persistência e baixa motivação.	2º	32	52,83	2,096	2	,351
	3º	31	45,55			
	1º	38	51,58			
8.3 - Comportamentos de agressividade e oposição.	2º	32	53,41	,799	2	,671
	3º	31	47,81			
	1º	38	46,59			
8.4 – Não aceitar e respeitar regras.	2º	32	57,14	3,077	2	,215
	3º	31	50,06			
	1º	38	48,39			
8.5 – Dificuldades de aprendizagem.	2º	32	60,69	8,425	2	,015
	3º	31	44,19			
	1º	38	53,58			
8.6 - Baixa auto-estima.	2º	32	50,67	,783	2	,676
	3º	31	48,18			
	1º	38	48,26			
8.7 - Comportamentos de risco.	2º	32	50,67	1,107	2	,575
	3º	31	54,69			
	1º	38	51,83			
8.8 - Outros.	2º	32	50,50	1,658	2	,437
	3º	31	50,50			

Na **tabela 16** comparamos as percepções dos professores do 1º ciclo, 2º ciclo e 3º ciclo, relativamente às características que consideram ter mais “impacto” (perturbarem) na vida escolar das crianças com PHDA, verificamos que são apontadas várias características pelos Docentes.

Relativamente á questão 8 Indique os problemas associados à PHDA que considera provocarem maior desadaptação em contexto escolar? O item “Dificuldades de aprendizagem” é o único que revela diferenças significativas entre os ciclos. Este item é sobretudo assinalado pelo 2º ciclo.

No que se relaciona com a questão 2 do questionário do estudo constatamos que na maioria dos itens não há diferenças significativas entre os ciclos.

Denota-se que há apenas 2 itens que mostram diferenças significativas entre ciclos “Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas” e “Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer”

Contudo para conseguirmos efectuar uma análise do ponto de vista qualitativo, realizámos o cruzamento (Crosstabs) das variáveis ciclo escolar com todos os itens relativos à questão número dois do questionário do estudo “Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com PHDA?”

Tabela 17

Cruzamento de dados entre ciclos (1º Ciclo, 2º Ciclo e 3º Ciclo)

Questão 2 – Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com PHDA?

2.1 - Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	28	19	25
Assinalou	10	13	6

2.2 - Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	3	6	5
Assinalou	35	26	26

2.3 - Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	30	26	20
Assinalou	8	6	11

2.4 - Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (Não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções). * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	21	19	14
Assinalou	17	13	17

2.5 - Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	24	14	22
Assinalou	14	18	9

2.6 - Expressa relutância em envolver-se em tarefas e actividades que requerem um esforço mental mantido (Trabalhos escolares) * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	26	22	18
Assinalou	12	10	13

2.7 - Perde objectos necessários às tarefas e actividades escolares. * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	30	29	29
Assinalou	8	3	2

2.8 - Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes. * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	13	17	14
Assinalou	25	15	17

2.9 - Esquece-se das actividades quotidianas. * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	36	31	31
Assinalou	2	1	0

2.10 - Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado. * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	25	22	21
Assinalou	13	10	10

2.11 - Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	24	17	19
Assinalou	14	15	12

2.12 - Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado. * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	30	23	21
Assinalou	8	9	10

2.13 - Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	37	26	24
Assinalou	1	6	7

2.14 - Anda ou actua como se estivesse sempre ligado “a um motor”. * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	34	29	30
Assinalou	4	3	1

2.15 - Fala excessivamente * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	33	27	27
Assinalou	5	5	4

2.16 - Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado. * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	32	29	28
Assinalou	6	3	3

2.17 - Tem dificuldade em esperar a sua vez. * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	34	28	28
Assinalou	4	4	3

2.18 - Interrompe ou interfere nas actividades dos outros. * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	33	29	27
Assinalou	5	3	4

Interpretando a **tabela 17** denotamos que o item “Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas” foi assinalado por todos os ciclos, com maior incidência pelo 2º ciclo.

Verificamos que o item “Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer” foi mencionado por 1 docente do 1º ciclo, 6 docentes do 2º ciclo e 7 docentes do 3º ciclo, a maior parte dos docentes não assinalou este item.

Em relação ao item “Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros ou descuidos na tarefas escolares ou lúdicas”, verificamos que todos os ciclos assinalaram este item, no entanto foi o 2.º ciclo que assinalou em maior número.

O item “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades”, foi muito assinalado por todos os ciclos, nomeadamente pelos docentes do 1º ciclo e “Distraí-se facilmente com estímulos irrelevantes” constatamos que foi assinalado por todos os ciclos com maior incidência pelo 1º ciclo.

“Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra”, foi um item assinalado por todos os ciclos com maior incidência pelo 3º ciclo.

Relativamente ao item “Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (Não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções)”, denotamos que todos os ciclos o assinalaram, no entanto o 1º e o 3º ciclo assinalaram-no em maior número.

O item “Perde objectos necessários às tarefas e actividades escolares”, foi pouco assinalado por todos os ciclos no entanto é o 1º ciclo que o assinala em maior número.

Constatamos que há vários itens que são pouco assinalados pelos docentes.

Em relação ao item “Esquece-se das actividades quotidianas” foi apenas assinalado por 2 docentes do 1º ciclo N= 38 e por 1 docente do 2º ciclo N = 32 nenhum docente do 3º ciclo assinalou este item.

O item “Anda ou actua como se estivesse sempre ligado “a um motor”, foi assinalado por 4 docentes do 1º ciclo N= 38, por 3 docentes do 2º ciclo N = 32 e 1 docente do 3º ciclo N= 31.

“Fala excessivamente”foi assinalado por apenas 5 dos docentes do 1º e 2º ciclo e 4 docentes do 3º ciclo.

Relativamente ao item “Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado”foi apenas referido por 6 docentes do 1º ciclo e 3 docentes do 2º e 3º ciclo.

No que se relaciona “Tem dificuldade em esperar a sua vez” foi referido por 4 docentes do 1º e 2º ciclo e 3 docentes do 3º ciclo.

O item “Interrompe ou interfere nas actividades dos outros”é apontado apenas por 5 docentes do 1º ciclo, 3 docentes do 2º ciclo e 4 docentes do 3º ciclo.

Denotamos que há alguns itens que são assinalados em número semelhante pelos docentes que participaram no estudo.

“Expressa relutância em envolver-se em tarefas e actividades que requerem um esforço mental mantido (Trabalhos escolares), “Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado”, “Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado”, “Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado” constatamos que todos os ciclos os assinalaram, em número semelhante.

4.1.4.3 - Atitude

Na **tabela 18** referimos a comparação entre ciclos, de todas as questões relativas à Atitude, onde os Docentes fazem referência, à atitude (forma de intervenção) que segundo eles poderão trazer mais benefícios para as crianças com PHDA.

O teste utilizado foi mais uma vez o teste de Kruskal-Wallis e tal como nas tabelas anteriores só foram tidos em consideração os valores $p = 0,05$.

Tabela 18

Comparação entre ciclos (1º Ciclo, 2º Ciclo e 3º Ciclo)

Questão 9 – Qual a forma de intervenção que poderá trazer maiores benefícios para a criança com PHDA?

	Ciclo	N	Média	Qui Quadrado	Graus de Liberdade	Asymp. Sig
9.1 – Medicação.	1º	38	55,29	1,530	2	,465
	2º	32	48,62			
	3º	31	48,19			
9.2 – Colaboração pais--escola.	1º	38	46,04	2,693	2	,260
	2º	32	57,25			
	3º	31	50,63			
9.3 - Terapia familiar.	1º	38	46,47	1,351	2	,509
	2º	32	51,69			
	3º	31	54,24			

	1º	38	51,59			
9.4 - Apoio Escolar.	2º	32	49,77	,089	2	,957
	3º	31	51,55			
9.5 - Técnicas	1º	38	47,78			
Comportamentais	2º	32	53,62	,800	2	,670
/Cognitivas.	3º	31	52,24			
9.6 – Introdução de	1º	38	56,88			
estratégias	2º	32	48,03	2,591	2	,274
educativas	3º	31	46,085			
específicas na sala						
de aula.						
	1º	21	19,00			
9.7 – Outros.	2º	7	21,71	4,429	2	,109
	3º	10	19,00			

Questão 10 - Que poderá fazer o professor quando têm uma criança/jovem com PHDA na sala de aula?

	Ciclo	N	Média	Qui Quadrado	Graus de Liberdade	Asymp. Sig
10.1 – Encaminhar	1º	38	46,71			
para um técnico	2º	31	56,10	2,076	2	,354
especializado.	3º	31	49,55			
10.2 – Manter um	1º	38	51,46			
contacto mais	2º	31	45,60	1,487	2	,475
frequente com a	3º	31	54,23			
família.						
10.3 – Adaptar o	1º	38	44,88			
contexto físico da	2º	31	56,45	2,843	2	,241
sala de aula.	3º	31	54,44			
10.4 - Encaminhar	1º	38	48,38			
para o Apoio	2º	31	50,40	,480	2	,786
Educativo.	3º	31	53,19			

10.5 - Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola.	1º	38	48,05			
	2º	31	51,42			
				,627	2	,731
	3º	31	52,58			
10.6 – Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula.	1º	38	58,29			
	2º	31	50,79	6,483	2	,039
	3º	31	40,66			
10.7 - Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias.	1º	38	53,51			
	2º	31	47,19	,840	2	,657
	3º	31	50,11			
10.8 - Adaptar materiais e processos de avaliação.	1º	38	50,79			
	2º	31	50,05	,012	2	,994
	3º	31	50,60			
10.9 – Outro.	1º	18	16,50			
	2º	6	18,67	1,078	2	,583
	3º	8	14,88			

Na **tabela 18** fazemos a comparação das percepções dos professores do 1º ciclo, 2º ciclo e 3º ciclo, relativamente às formas de intervenção (atitudes) que os docentes consideram trazer mais benefícios para a criança com PHDA.

Constatamos que a maioria dos professores têm toda uma atitude semelhante visto que têm respostas semelhantes. Verifica-se apenas diferença em relação ao item “Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula”.

Referimos agora as atitudes (estratégias de intervenção) em contexto escolar, que os professores utilizam com maior frequência no seu quotidiano de trabalho com estas crianças.

O teste utilizado foi também o teste de Kruskal-Wallis e tal como nas tabelas anteriores só foram tidos em consideração os valores $p = 0,05$.

Tabela 19
Comparação entre ciclos (1º Ciclo, 2º Ciclo e 3º Ciclo)

Questão 11 - Das estratégias de intervenção apresentadas indique a frequência com que as utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA?

	Ciclo	N	Média	Qui Quadrado	Graus de Liberdade	Asymp. Sig
11.1 - Recompensas sociais (atenção, louvores, afectos, privilégios...).	1º	35	49,70	9,413	2	,009
	2º	24	38,35			
	3º	24	34,42			
11.2 - Recompensas materiais (comestíveis e não comestíveis).	1º	34	47,49	9,377	2	,009
	2º	24	39,96			
	3º	25	36,50			
11.3 - Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).	1º	34	34,41	9,825	2	,007
	2º	25	44,00			
	3º	25	52,00			
11.4 - Time-out (tempo de afastamento da classe).	1º	32	29,50	17,204	2	,000
	2º	24	42,33			
	3º	24	53,33			
11.5 - Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação).	1º	34	51,66	10,960	2	,004
	2º	25	39,74			
	3º	25	32,80			
11.6 - Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.	1º	35	52,56	13,471	2	,001
	2º	25	41,18			
	3º	25	31,44			

11.7 - Sugerir á criança que relate o que está a fazer.	1º	34	51,54	10,795	2	,005
	2º	25	32,90			
	3º	25	39,80			
11.8 - Supervisão frequente do trabalho.	1º	35	50,20	13,935	2	,001
	2º	25	31,48			
	3º	25	44,44			
11.9 - Dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.	1º	34	45,82	7,388	2	,025
	2º	25	33,68			
	3º	25	46,80			
11.10 - Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.	1º	34	53,35	15,266	2	,000
	2º	25	39,86			
	3º	25	30,38			
11.11 - Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	1º	33	32,38	13,455	2	,001
	2º	25	41,78			
	3º	24	53,75			
11.12 - Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.	1º	35	59,33	35,079	2	,000
	2º	25	35,46			
	3º	24	25,29			
11.13 - Repreensões para comportamentos impróprios (Ex: por o nome da criança no quadro).	1º	33	33,14	14,829	2	,001
	2º	25	40,00			
	3º	25	55,70			
11.14 - Reprimendas verbais.	1º	35	31,33	19,333	2	,000
	2º	25	44,28			
	3º	24	56,94			

11.15 - Relatório semanal

com objectivos	1º	34	53,01			
específicos do	2º	25	37,30			
comportamento e				14,596	2	,001
feedback como os						
objectivos foram alcan-	3º	25	33,40			
çados.						

11.16 - Encaminhar para o Conselho Executivo.

1º	32	26,50			
2º	25	43,10	37,108	2	,000
3º	25	59,10			

11.17 - Regulamento disciplinar.

1º	33	26,27			
2º	25	49,88	27,276	2	,000
3º	25	54,88			

11.18– Colocar lembretes na carteira do aluno.

1º	33	43,74			
2º	25	41,70	2,530	2	,282
3º	25	40,00			

11.19 - Informar o encarregado de Educação.

1º	34	33,76			
2º	25	43,58	12,367	2	,002
3º	25	53,30			

11.20 - Dar conhecimento ao Director de Turma.

1º	31	17,82			
2º	25	53,00	60,303	2	,000
3º	25	57,74			

11.21 - Ameaçar o aluno.

1º	34	26,84			
2º	25	43,82	37,440	2	,000
3º	25	62,48			

	1º	33	29,41	20,328	2	,000
11.22 - Anotar o mau comportamento do aluno.	2º	25	44,40			
	3º	25	56,22			

Na **tabela 19** apresentamos a comparação das percepções dos professores do 1º ciclo, 2º ciclo e 3º ciclo, em relação às atitudes (estratégias de intervenção) em contexto escolar que os Docentes utilizam mais frequentemente com as crianças com PHDA.

Verificamos que são várias as estratégias de intervenção utilizadas pelos professores do 1º ciclo, 2º ciclo e 3º ciclo.

Uma vez que se verificam diferenças significativas, no grau de utilização das estratégias pelos docentes do 3º ciclo, analisamos de uma forma mais descritiva os resultados obtidos pelo teste Kruskal-Wallis fazendo o cruzamento (Crosstabs) dos itens relativos à Questão 11 (Das estratégias de intervenção apresentadas indique a frequência com que as utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA?) do questionário utilizado no estudo, com o ciclo escolar que o docente lecciona.

Tabela 20

Cruzamento de dados entre ciclos (1º Ciclo, 2º Ciclo e 3º Ciclo)

Questão 11 - Das estratégias de intervenção apresentadas indique a frequência com que as utiliza no seu quotidiano de trabalho com crianças com PHDA?

11.1 - Recompensas Sociais (atenção, louvores, afectos, privilégios...). * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	2	0	4
Às vezes	3	11	8
Frequentemente	30	13	12

11.2 - Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis). * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	25	22	25
Às vezes	9	2	0
Frequentemente	0	0	0

11.3 - Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...) * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	8	2	1
Às vezes	12	8	4
Frequentemente	14	15	20

11.4 - Time-out (tempo de afastamento da classe). * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	22	10	4
Às vezes	9	9	12
Frequentemente	1	5	8

11.5 - Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor). * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	0	5	12
Às vezes	11	9	3
Frequentemente	23	11	10

11.6 - Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	1	3	8
Às vezes	8	10	9
Frequentemente	26	12	8

11.7 - Sugerir à criança que relate o que está a fazer * Ciclo Escolar que o Docente

Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	2	4	3
Às vezes	9	15	12
Frequentemente	23	6	10

11.8 - Supervisão frequente do trabalho * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	0	0	1
Às vezes	4	14	5
Frequentemente	31	11	19

11.9 - Dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz. * Ciclo

Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	2	0	0
Às vezes	5	13	5
Frequentemente	27	12	20

11.10 - Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno * Ciclo

Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	7	13	18
Às vezes	11	5	4
Frequentemente	16	7	3

11.11 - Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros,

caso seja necessário. * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	23	11	6

Às vezes	8	12	10
Frequentemente	2	2	8

11.12 - Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala. * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	3	13	18
Às vezes	8	7	5
Frequentemente	24	5	1

11.13 - Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro). * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	18	13	6
Às vezes	12	3	1
Frequentemente	3	9	18

11.14 - Reprimendas verbais * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	5	4	1
Às vezes	23	7	3
Frequentemente	7	14	20

11.15 - Relatório semanal com objectivos específicos do comportamento e feedback como os objectivos foram alcançados. * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	12	18	21
Às vezes	17	6	2
Frequentemente	5	1	2

11.16 - Encaminhar para o Conselho Executivo * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	32	15	5
Às vezes	0	1	3
Frequentemente	0	9	17

11.17 - Regulamento Disciplinar * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	25	5	4
Às vezes	5	9	6
Frequentemente	3	11	15

11.18 - Colocar Lembretes na carteira do aluno * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	30	24	25
Às vezes	2	0	0
Frequentemente	1	1	0

11.19 - Informar o Encarregado de Educação * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	1	1	1
Às vezes	21	9	3
Frequentemente	12	15	21

11.20 - Dar conhecimento ao Director de Turma * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	29	2	1

Às vezes	2	5	2
Frequentemente	0	18	22

11.21 - Ameaçar o Aluno * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	29	11	4
Às vezes	5	8	2
Frequentemente	0	6	19

11.22 - Anotar o mau comportamento do aluno * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Nunca	14	5	4
Às vezes	16	10	2
Frequentemente	3	10	19

Em relação aos itens “Recompensas sociais (atenção, louvores, afectos, privilégios...)”, “Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação)”, “Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas”, “Sugerir à criança que relate o que está a fazer”, “Supervisão frequente do trabalho”,

“Dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz”, “Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno” e “Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala” denotamos que todos os ciclos assinalaram estes itens com principal incidência no 1º ciclo.

Relativamente aos itens “Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...)”, “Repreensões para comportamentos impróprios”, “Reprimendas verbais”, “Informar o encarregado de Educação”, Encaminhar para o Conselho Executivo e “Ameaçar o Aluno” constatamos que foram assinalados por todos os ciclos, no entanto são os docentes do 3º ciclo que referem utilizar estas estratégias com mais frequência.

Observando os valores obtidos pelo cruzamento do item “Regulamento disciplinar”, “Dar conhecimento ao Director de Turma” e “Anotar o mau comportamento do aluno” foi sobretudo assinalado pelo 2º e 3º ciclo.

No que se relaciona com o item “Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis)” verificamos que a maior parte dos Docentes, do 1º e 2º ciclo, referem não utilizar esta estratégia. Os Docentes do 3º ciclo dizem nunca utilizar esta estratégia.

O item “Time-out (tempo de afastamento da classe)” e o item “Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário” são assinalados por todos os níveis de ensino, nomeadamente pelos Docentes do 3º ciclo.

Em relação ao item “Relatório semanal com objectivos específicos do comportamento e feedback como os objectivos foram alcançados”, constatamos que é utilizado “às vezes” sobretudo pelos Docentes do 1º ciclo, a maioria dos Docentes do 2º e 3º ciclo referem “nunca” o utilizar.

Relativamente ao item “Colocar Lembretes na carteira do aluno”, a grande maioria dos Docentes do 1º ciclo não utiliza esta estratégia. A totalidade dos Docentes do 2º e 3º ciclo referem nunca utilizar esta estratégia.

4.2 – Discussão dos resultados

4.2.1 – Conhecimento geral acerca da PHDA

Iniciamos a discussão dos resultados do nosso estudo pelo conhecimento que os professores que participaram no estudo revelam ter relativamente à PHDA.

Depois de analisarmos os resultados obtidos verificamos que os docentes que participaram no nosso estudo, referem que têm pouca informação anterior relativamente à PHDA. No entanto de uma maneira geral demonstram algum conhecimento em relação à PHDA.

Um outro estudo realizado por Jerome et al. (1994) na América e no Canadá também sobre as Atitudes e Conhecimento dos professores acerca da PHDA, verificou que os professores com menos tempo de serviço (que tiraram o curso há menos tempo) têm mais conhecimento sobre a PHDA, do que os professores com mais anos de serviço, porque durante o curso já tiveram formação nesta área.

Comparando os resultados do nosso estudo com os dados de um estudo efectuado pela, Universidad de Valência, designado por “Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad” (Fernández, S. J., Mínguez R. T., Casas A. M. (2007).

Verificamos que os resultados mais significativos deste estudo revelaram que os professores têm pouco conhecimento sobre a PHDA.

Os professores que demonstraram ter mais conhecimento sobre a PHDA, foram aqueles que tem mais horas de formação acerca desta problemática e não os que tem mais tempo de serviço docente.

Os resultados encontrados neste estudo divergem, dos resultados encontrados no nosso estudo, visto que este aponta para algum conhecimento dos docentes, sobre a PHDA, baseado em leituras conferências e anos de experiência.

Um estudo realizado no Brasil que teve como objectivo verificar o conhecimento da população e de médicos, psicólogos e educadores, sobre aspectos clínicos da PHDA, designado por: “conhecimento sobre o transtorno do Déficit de Atenção/Hiperactividade no Brasil” realizado por Gomes M. et AL (2007), publicado pela Novartis Biociências, S.A. (pp. 1-8), concluiu que, à semelhança do que acontece em outros países, o conhecimento da população em geral, assim como dos profissionais que estão envolvidos no diagnóstico e tratamento da PHDA é insuficiente.

Um outro estudo designado por “Primary School Teachers’ Knowledge and Misperceptions of attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) elaborado por Sandra E. Kleyhans, University of Stellenbosch (2005), obteve resultados que demonstram que os professores que participaram no estudo revelam pouco conhecimento sobre a PHDA.

Confrontando este estudo com o nosso estudo, verificamos que existem diferenças, os participantes do nosso estudo revelam algum conhecimento, ao invés dos participantes deste estudo.

No entanto em ambos os estudos é referida a necessidade de ajuda de outros profissionais, para ajudarem no diagnóstico/intervenção das crianças com PHDA.

Segundo a autora do estudo é urgente, a criação de um programa de capacitação e educação continuada para profissionais que trabalham com crianças com PHDA, sobretudo médicos de clínica geral, pediatras, educadores e psicólogos.

É também necessário a criação de um programa de informação aos pais e às escolas, de forma a garantir o diagnóstico correcto e bem sucedido às crianças portadoras de PHDA.

Um jornal Australiano (International Journal of Disability, Development and Education) publicou um artigo “Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Their Teachers: A review of the literature” escrito por Julie M. Kos, Amanda L. Richdale; David A. Hay (2006), que engloba vários estudos, realizados por três Australianos (Bekle, 2004; Kos, Richdale, & Jackson, 2004; West, Taylor, Houghton, & Huydma, 2005) e três Norte-Americanos (Barbaresi & Olsen, 1998; Jerome, Gordon, & Hustler, 1994; Sciutto, Terjesen, & Bender-Frank, 2000).

Estes estudos fazem referência ao “Conhecimento dos Professores acerca da PHDA”, depois de comparados entre si, conclui-se que o conhecimento dos professores acerca da PHDA é limitado o que contrasta com os resultados encontrados pelo nosso estudo.

No mesmo artigo Julie M. Kos (2006) conclui que os professores ainda podem melhorar o conhecimento acerca da PHDA.

4.2.2 – Áreas de maior e menor conhecimento relativamente às crianças com PHDA

Os participantes do nosso estudo apesar de revelarem algum conhecimento em relação á PHDA demonstram falta de conhecimento em relação a aspectos como a importância da medicação como forma de intervenção importante para o tratamento desta perturbação.

A literatura existente confirma esta falta de conhecimento por parte dos professores. Os professores tendem também a ser menos informados sobre os efeitos colaterais de medicamentos estimulantes (Barbaresi & Olsen, 1998; Kasten, Coury, & Garça, 1992 cit. Sciutto et al. 2000) e acreditam que as crianças com PHDA superarão os seus sintomas com o tempo (Jerome et al., 1994 cit. Sciutto et al. 2000).

Os professores inquiridos no nosso estudo evidenciam também alguma falta de conhecimento relativamente a algumas atitudes a tomar quando se têm na sala uma criança com PHDA.

A literatura de uma maneira geral aponta que existe na realidade uma falta de conhecimento dos professores sobre a PHDA, tendo sido esta, identificada como um dos maiores obstáculos para responder às necessidades de crianças com PHDA (Shapiro & DuPaul, 1993 cit. Sciutto et al. 2000).

Os resultados do estudo Teachers' Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, realizado por Mark J. Sciutto, Westminster College, Mark D. Terjesen, Milestone School for Child Development, Brooklyn, NY and Allison S. Bender Frank, Metropolitan Nashville Public Schools (2000), apontam para pouco conhecimento, sobre características específicas da PHDA, no entanto os professores inquiridos apresentam um bom conhecimento sobre os aspectos gerais da PHDA (sintomas/diagnóstico, tratamento, prevalência...).

O artigo "Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Their Teachers: A review of the literature" escrito por Julie M. Kos, Amanda L. Richdale; David A. Hay (2006), refere também um outro estudo realizado por West et al. (2005), acerca do conhecimento da PHDA. West concluiu que os pais revelam mais conhecimento do que os professores no que se relaciona com as causas e o tratamento da PHDA.

Relativamente ao conhecimento das características da PHDA, não há diferenças entre pais e professores.

Glass and Weigar (2000) são também referidos neste artigo, visto que realizaram um outro estudo em relação a etiologia e ao tratamento da PHDA, verificaram que os Professores não revelam atitudes consistentes.

É preciso referir que nem todos os estudos referidos se basearam nos mesmos instrumentos para “medir” o conhecimento pelo que as comparações são só superficiais.

No que se relaciona com as características que levam o professor a suspeitar de uma situação de PHDA e de acordo com as hipóteses apresentadas a característica mais valorizada pelos participantes do nosso estudo foi o “Défice de Atenção”.

Confrontando os resultados do nosso estudo com os estudos comparativos, “Estudo das percepções dos professores sobre a PHDA – Estudo piloto das percepções dos professores dos 1º, 2º, 3º, ciclos e Secundários das Escolas de Santarém” realizado por (Rodrigues & Encarnação, 2006), CADIN (2006), através da Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana e “Hiperactividade e défice de atenção em contexto escolar: estudo exploratório das percepções dos professores do 1º ciclo” realizado por [Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. (2008)], Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana, verificamos que há diferenças entre o nosso estudo e os dois estudos comparativos.

No primeiro estudo comparativo, a Hiperactividade foi a característica mais assinalada enquanto que no segundo estudo comparativo as características mais assinaladas foram a Hiperactividade e a Falta de Atenção.

No que se relaciona com a segunda característica mais valorizada pelos participantes no nosso estudo a Hiperactividade constatamos que continuam a existir diferenças entre o nosso estudo e o primeiro estudo comparativo. Uma vez que a característica mais assinalada pelos participantes do primeiro estudo comparativo foi a Falta de Atenção.

Existem também semelhanças nos resultados do nosso estudo e os resultados dos dois estudos comparativos. A característica menos assinalada pelos participantes do nosso estudo a Impulsividade, é também a menos assinalada pelos participantes nos dois estudos comparativos.

No que concerne à prevalência da PHDA a maioria dos participantes do nosso estudo, refere que a PHDA “é mais comum nos rapazes do que nas raparigas”, contra uma percentagem mais baixa que diz ser igualmente comum nos rapazes e nas raparigas”, apenas uma percentagem muito pequena refere que a PHDA “é mais comum nas raparigas”.

Em relação à prevalência os resultados obtidos pelos estudos comparativos (Rodrigues & Encarnação, 2006) e (Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. 2008) são semelhantes aos obtidos por nós.

Os resultados do nosso estudo dizem-nos que “a PHDA é mais comum nos rapazes do que nas raparigas” o que vai de encontro aos resultados obtidos pelos estudos comparativos, isto é também confirmado por diversos autores e diversos estudos já realizados.

Segundo referências bibliográficas, confirma-se que a PHDA é mais frequente em rapazes do que em raparigas. Há referências que apontam 9 rapazes para 1 rapariga (Ross e Ross, 1976, cit por Barkley, 1998). O mais frequentemente apontado é de 6 rapazes para 1 rapariga (Barkley, 2006), apesar de muitos estudos epidemiológicos apontarem uma relação de 3/1 (Barkley, 2006).

Podemos concluir que os professores que participaram no nosso estudo revelam conhecimento neste domínio.

Relativamente às causas que podem provocar o aparecimento da PHDA.

A maioria dos participantes do nosso estudo considera que são os “Factores Genéticos” a causa principal desta perturbação, seguindo-se os “Factores Biológicos” e depois os “Factores Ambientais”, revelando um bom conhecimento neste aspecto.

Os resultados encontrados pelo nosso estudo opõem-se a algumas teorias baseadas em crenças e vai de encontro a resultados encontrados por estudos científicos.

As causas mais apontadas pelos participantes, são as mesmas que dominam a investigação nesta área, onde é dado um papel muito importante a factores orgânicos ou psicofisiológicos da PHDA (Barkley, 2006).

Algumas teorias referem problemas familiares como, discórdia conjugal, baixa instrução da mãe, famílias com apenas um dos pais serem uma das causas da PHDA já que, em qualquer perturbação do comportamento, é provável que a criança aprenda a comportar-se de modo "desatento" ou "hiperactivo" simplesmente por ver determinados comportamentos dos pais, o que exclui o papel dos genes (Simões, 2007).

Verificamos que mais uma vez as opiniões dos participantes dos estudos comparativos (Rodrigues & Encarnação, 2006) e (Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. 2008) se assemelham às do nosso estudo.

Segundo Garcia (2001), tanto os estudos familiares como os dos gémeos sugerem que a PHDA na infância é determinada por factores genéticos.

A etiologia não é ainda bem conhecida, mas estudos recentes apontam uma forte componente genética tal como factores ambientais como a prematuridade, consumo de álcool e tabaco no período pré-natal, entre outros (Rowland, A., e col., 2002).

A maioria dos modelos explicativos da PHDA fundamenta-se em componentes genéticas e envolvimento numa proporção relativa ao comum de todas as perturbações. (Cook , E. 1999).

Em relação á evolução da PHDA constatamos que a maioria dos participantes do estudo considera que a PHDA não desaparece com o tempo.

Os resultados do estudo Rodrigues & Encarnação, 2006 diferem do nosso estudo, visto que os participantes do estudo consideram em número semelhante que a PHDA desaparece com o tempo e que a PHDA não desaparece com o tempo.

O estudo comparativo Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. 2008 chegou a conclusões semelhantes às do nosso estudo.

Há estudos que referem que os indivíduos que apresentam PHDA na infância continuarão a apresentá-la na adolescência e na idade adulta o que também foi confirmado no nosso estudo.

Na literatura os resultados de diversos estudos indicam, de modo geral, que o distúrbio tende a diminuir com a idade, não só na adolescência mas também durante a vida adulta (Barkley, 1998).

Analisando os resultados sobre quem deve fazer o diagnóstico verificamos que, a maioria dos participantes refere que deve ser o “Psicólogo” a realizar o diagnóstico, o “Médico”, aparece logo a seguir como o profissional que deve realizar o diagnóstico.

Os estudos comparativos (Rodrigues & Encarnação, 2006) e (Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. 2008), apresentam os mesmos resultados que o nosso estudo.

O diagnóstico da PHDA feito por um especialista é fundamental, para se diagnosticar, intervir e evitar o agravamento da perturbação.

Muitos dos participantes do nosso estudo já referiram o médico como o profissional que deve realizar o diagnóstico da PHDA o que é consonante com a literatura existente.

O exame médico, realizado por um profissional médico, é indispensável, pois constitui uma parte muito importante do processo de avaliação da criança.

A avaliação da criança com PHDA deve passar por várias fases: uma avaliação médica clássica, uma avaliação comportamental e uma avaliação cognitiva e académica.

O trabalho multidisciplinar é fundamental, tanto no diagnóstico como no tratamento.

Sobre a existência de “Problemas associados à PHDA” a grande maioria dos participantes considera que existem “outros problemas associados à PHDA”.

Também nos estudos comparativos (Rodrigues & Encarnação, 2006) o resultado encontrado é idêntico ao nosso.

No estudo Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. 2008 a totalidade dos participantes responde afirmativamente.

Os alunos com PHDA, apresentam dificuldades na adaptação ao contexto e nas aprendizagens escolares, o que, segundo Falardeau (1997), leva a atrasos em algumas áreas de aprendizagem nomeadamente, leitura, escrita e cálculo o que potencia o abandono precoce.

4.2.3 – Conhecimento baseado na experiência com crianças com PHDA

O conhecimento dos participantes do nosso estudo foi adquirido através de conferências, leituras e da experiência profissional, (a maioria dos docentes inquiridos têm entre 12 a 39 anos de serviço).

A forma como foi adquirido o conhecimento revelado pelos professores participantes no estudo, é corroborado por estudos científicos realizados nesta área, que remetem para a actualização constante e para a experiência profissional, o bom conhecimento sobre esta problemática.

Dos professores que participaram no nosso estudo 75,5% já tiveram crianças com PHDA. Este factor parece-nos preponderante para se adquirir conhecimento relativamente a esta perturbação. Na literatura também se aponta a experiência como factor importante para melhor conhecimento).

Comparando novamente o nosso estudo com o estudo “Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad” (Fernández, S. J., Mínguez R. T., Casas A. M. (2007), no que se refere ao conhecimento adquirido através do tempo de serviço docente, foram encontradas resultados semelhantes em ambos os estudos, deduzindo-se que anos de experiência remetem para conhecimento nesta área.

O já referido estudo, Teachers’ Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, realizado por Mark J. Scituito, Westminster College, Mark D. Terjesen, Milestone School for Child Development, Brooklyn, NY and Allison S. Bender Frank, Metropolitan Nashville Public Schools (2000), refere que o bom conhecimento dos professores inquiridos é baseado sobretudo na experiência já adquirida no contacto com estas crianças, logo poderemos considerar que trabalhar com crianças com PHDA é uma mais valia para se adquirir conhecimento sobre a problemática.

Este estudo apresenta semelhanças com o nosso estudo, uma vez que ao nível do conhecimento sobre os aspectos gerais da PHDA, os docentes inquiridos revelam conhecimento, baseado na experiência.

4.2.4 – Conhecimento acerca da PHDA baseado em Mitos

Um estudo realizado na Alemanha e no Canadá sobre as Atitudes e Conhecimento dos professores acerca da PHDA foi repetido por Beklle em 2000 na Austrália e esta constatou que os professores que participaram no estudo, de uma maneira geral têm um bom conhecimento, no entanto ainda apresentam alguns mitos no conhecimento.

Verificou também que outro tipo de informação baseada em crenças, prejudica o diagnóstico de crianças com PHDA.

Assim os resultados deste estudo apresentam algumas semelhanças, com os resultados encontrados pelo nosso estudo, no sentido em que os docentes que participaram no nosso estudo, revelam também algum conhecimento sobre a PHDA. O conhecimento revelado pelos participantes do nosso estudo, opõe-se aos mitos existentes em relação a problemática, impeditivos de se poder avançar no conhecimento e tratamento da perturbação.

Um dos juízos falsos mais comum é o de que os sintomas de PHDA são causados ou modificados por mudanças dietéticas (Barbaresi & Olsen, 1998; DiBattista & Pastor, 1993; Jerome, Gordon, & Hustler, 1994 cit. Sciutto et al. 2000).

Os participantes do nosso estudo na sua totalidade não consideram que alergias alimentares ou outras possam ser a causa da PHDA.

De referir que nem todos os estudos referidos se basearam nos mesmos instrumentos para “medir” o conhecimento pelo que as comparações são só superficiais.

4.2.5 – Problemas associados à PHDA, que podem provocar maior desadaptação/impacto em contexto escolar

Relativamente aos problemas que os participantes do estudo consideram estar associados à PHDA, que podem provocar maior desadaptação/impacto em contexto escolar.

As “Dificuldades de Aprendizagem” são indicadas como o problema que causa maior desadaptação, seguindo-se a “Dificuldade na Relação com os Pares” e o “Não aceitar e respeitar as regras”.

Comparando os resultados do nosso estudo com os estudos comparativos (Rodrigues & Encarnação, 2006) e (Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. 2008), verificamos que existem semelhanças com o nosso estudo, visto que os principais problemas associados à PHDA, referidos pelos dois estudos que podem provocar maior desadaptação são os mesmos que foram referidos pelos participantes do nosso estudo.

Estas crianças tal como referimos na revisão da literatura podem apresentar dificuldades de aprendizagem, o que pode ser ainda mais agravado pela dificuldade na relação com os pares que e o não aceitarem e respeitarem regras, tal como referem os participantes do nosso estudo.

Há alunos com PHDA, que por vezes dentro da própria sala de aula, entram em conflito com os colegas e revelam imensa dificuldade em cumprir regras dentro e fora da sala de aula.

Todos os problemas referidos apresentam percentagens perto dos 45% ou seja quase metade dos professores consideram que todos os problemas apresentados provocam desadaptação em contexto escolar.

Em relação às características que perturbam mais a vida escolar das crianças com PHDA, foi referenciado sobretudo o item “Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades”, seguido do item “Distraem-se facilmente com estímulos irrelevantes” e por fim “Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares...”.

Confrontando os nossos resultados com o estudo comparativo (Rodrigues & Encarnação, 2006) denotamos que existem diferenças entre os dois estudos relativamente às características relacionadas com a falta de atenção e por ordem de maior desajustamento, os participantes do estudo comparativo, referem “Com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades” e “Esquece-se com frequência das actividades quotidianas” como as mais preocupantes.

Em relação às características que se relacionam com a Hiperactividade, os participantes do estudo comparativo, mencionam “Com frequência tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividade de ócio” e “Com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés ou move-se quando está sentado” como as características que causam maior desajustamento.

No que se relaciona com as características que dizem respeito á Impulsividade, foi referido pelos participantes do estudo comparativo “Com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez” e “Com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado” como as características que perturbam mais a vida escolar destas crianças.

Comparando os resultados do nosso estudo com o estudo comparativo (Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. 2008) constatamos que existem semelhanças e diferenças entre ambos os estudos visto que em relação á falta de atenção os participantes do estudo comparativo colocam” Não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares...” e Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades”como o que causa maior desajustamento no contexto escolar o que também é referido pelos participantes do nosso estudo.

No que diz respeito á Hiperactividade “Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado” e “Corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo”é mencionado pelos participantes do estudo comparativo como o que perturba mais.

Relativamente ás características que dizem respeito á Impulsividade os itens “Tem dificuldade em esperar pela sua vez” e “Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado” são mencionados como os que provocam maior desajustamento.

Os professores que têm na sua sala de aula crianças com PHDA sentem-se muitas vezes “esgotados” porque estas crianças têm que estar constantemente a ser supervisionadas pelos professores porque têm muita dificuldade em manter a atenção, distraem-se com muita facilidade e raramente seguem as instruções ou terminam as tarefas pedidas.

4.2.6 – Atitudes e conhecimento dos professores em relação à PHDA

Verificamos que um estudo realizado na Alemanha em 1994 sobre as Atitudes e Conhecimento dos professores acerca da PHDA concluiu que os professores que têm alguma informação relativamente à PHDA melhoraram Atitudes e aumentaram o Conhecimento.

No que concerne às atitudes, formas de intervenção, que os professores que participaram no estudo consideram trazer mais benefícios para as crianças com PHDA, constatamos que os participantes no estudo, consideram que a “colaboração pais escola”, é a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA.

Seguida das “Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico” e a “Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula” merece também realce por parte dos inquiridos.

Comparando os resultados do nosso estudo com os estudos comparativos (Rodrigues & Encarnação, 2006) e (Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. 2008), observamos que existem semelhanças com o nosso estudo, ambos os estudos comparativos referem as mesmas formas de intervenção referidas pelos participantes do nosso estudo como as que poderão trazer mais benefícios para as crianças com PHDA.

O facto dos professores considerarem que a “colaboração pais escola”, é a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA, vai de encontro às causas apontadas pelos mesmos, pois a maioria destes referiram que a origem da PHDA está relacionada não só a factores genéticos e biológicos mas também a factores familiares.

Os professores valorizam muito a colaboração entre estes e a família, considerando esta colaboração muito importante para a resolução dos problemas das crianças com PHDA.

Cada vez mais os professores pedem aos pais para estarem presentes na vida escolar dos seus filhos.

Um grande número de docentes, referem também a grande importância que os especialistas provenientes de um contexto clínico podem ter para ajudar a resolver situações relacionadas com a PHDA.

Este resultado pode ter origem na possibilidade de os professores se sentirem muitas vezes inseguros, relativamente á forma como agir/intervir com as crianças com PHDA e lamentam muitas vezes o facto de não haver nas escolas mais apoio psicológico.

Muitas escolas não têm psicólogo e as que têm chega a ser um psicólogo para apoiar mais de 1000 alunos.

É também dada muita importância à “Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula” como forma de ajudar as crianças com PHDA a ultrapassarem as suas dificuldades ao nível das aprendizagens académicas.

São muitas as estratégias utilizadas pelos docentes, para lidar com estas crianças, mas por vezes já experimentaram várias estratégias e ficam desanimados porque parece que nada resulta. Por isso referem em grande número a necessidade de terem o apoio de outros profissionais que os ajudem a trabalhar com estas crianças. Podemos observar que a medicação é a forma de intervenção menos referida pelos docentes, assim podemos concluir que os mesmos não consideram o tratamento farmacológico como forma de intervenção adequada para ajudar as crianças com PHDA a ultrapassar as suas dificuldades.

Confrontando os nossos resultados com os resultados dos estudos Rodrigues & Encarnação, 2006 e Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. 2008, constatamos que existem grandes diferenças nos resultados encontrados.

Em ambos os estudos comparativos os participantes consideram que a medicação é muito importante para o tratamento da PHDA.

Os participantes referem que, a medicação melhora a atenção, diminui os comportamentos de agressividade e melhora o auto-controlo o que também é confirmado por outros técnicos nomeadamente os médicos.

Podemos depreender que relativamente a este aspecto os participantes do nosso estudo ainda alguma falta de informação.

São os estimulantes os medicamentos que se têm revelado mais eficazes no tratamento da PHDA (Bradley 1937).

Sobre a atitude a tomar pelo professor quando têm uma criança/jovem com PHDA na sala de aula, os participantes no nosso estudo consideraram como prioritário “Encaminhar para um Técnico especializado” seguido de “Manter um contacto mais frequente com a família” e “Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias” é também uma atitude bastante valorizada pelos participantes.

Constatamos que os participantes no estudo continuam a dar muita importância à intervenção de um técnico especializado no apoio às crianças com esta problemática, à colaboração com a família e ao ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias.

A Literatura faz referência, à necessidade de se introduzir estratégias, diversificadas, adaptações curriculares e adoptar métodos individualizados, considerados factores de sucesso para se trabalhar com crianças/jovens com PHDA.

Também os estudos comparativos Rodrigues & Encarnação, 2006 e Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. 2008, apresentam resultados semelhantes aos nossos relativamente a atitude a tomar pelo professor quando têm uma criança/jovem com PHDA na sala de aula.

Em termos gerais estes professores tem uma atitude consonante com aquilo que na literatura se recomenda visto que estamos a falar de comportamentos a seguir e não em crenças/mitos criados os quais ainda consistem linhas de orientação para algumas pessoas para intervir com crianças com esta problemática.

4.2.7 – Estratégias de intervenção em contexto escolar

Sobre possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar, utilizadas pelos participantes do estudo, com mais frequência no seu dia a dia, quando se tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula.

Constatamos que as estratégias mais referidas pelos participantes foram a “Supervisão frequente do trabalho”, logo seguida “Dar ao aluno informação suficiente em relação ao trabalho que faz” e por último “Recompensas sociais”.

Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. 2008, relativamente às estratégias intervenção em contexto escolar mais utilizadas pelos docentes com alunos com PHDA.

As crianças/jovens com PHDA exigem dos Professores muita atenção, dedicação e informação relativamente ao trabalho a realizar, o que provoca nos professores muito cansaço.

Estas crianças quando recompensados pelos comportamentos positivos e pelos trabalhos realizados, ficam mais motivados para realizar as tarefas solicitadas pelo Professor.

5 – Conclusões

O nosso estudo pretende sobretudo contribuir, para um melhor conhecimento do Grau de Conhecimento e Percepção de Impacto no Contexto Escolar dos docentes relativamente à PHDA e para uma melhor inclusão das crianças com PHDA nas escolas que frequentam.

Da análise dos resultados poderemos inferir que os objectivos propostos para esta dissertação foram atingidos e ao longo do nosso trabalho já fomos apresentando e analisando de forma muito pormenorizada os dados e discutindo os resultados que apurámos.

Verificamos que os docentes que participaram no nosso estudo, apesar de referirem que têm que tem pouca informação anterior relativamente á PHDA, de uma maneira revelam conhecimento em relação á PHDA, excepto em relação a aspectos como a importância da medicação como forma de intervenção importante para o tratamento desta perturbação e relativamente ás atitudes a tomar quando têm na sala uma criança com PHDA.

Ao longo do estudo fomos apresentando várias referências bibliográficas e opiniões pessoais formadas com base em leituras e em anos de experiência a trabalhar com crianças com PHDA.

Este estudo apresenta algumas limitações. É um estudo que tem um carácter exploratório (descritivo) com uma análise quantitativa e correlacional dos resultados. Houve também algumas dificuldades na recolha dos questionários, o que nos pareceu dever-se ao facto das pesquisas não serem ainda muito valorizadas pelas escolas.

Com este estudo aprofundámos o conhecimento em relação à PHDA, estabelecemos várias comparações dentro do próprio estudo e também com outros estudos já realizados.

A actualidade, especificidade e complexidade da problemática em estudo exigem uma continuidade da realização de pesquisas no sentido de se poder generalizar os resultados obtidos pelo nosso estudo.

Pretendemos com este estudo levantar mais questões do que responder a perguntas e estimular a realização de outros trabalhos relativamente á PHDA, que facilitem o trabalho de todos os profissionais que trabalham com estas crianças, de maneira que estes as consigam ajudar a ultrapassar as suas dificuldades, para que se sintam integradas/incluídas em todo o seu meio envolvente e consigam ter uma vida o mais normal possível.

Consideramos que todos os professores devem de entender a formação como um processo permanente e contínuo. É muito importante que todos os professores se mantenham actualizados (façam formação) relativamente à PHDA, para que também mais facilmente consigam fazer o despiste da mesma e sempre que necessário, adoptem estratégias diversificadas de modo a favorecer a aprendizagem destas crianças.

Sugerimos que desde o primeiro dia de aulas com a turma, o professor esteja atento ás características dos seus alunos.

Gostaríamos ainda de referir que é extremamente importante que todos os técnicos que trabalham com crianças com PHDA, trabalhem em equipa e se esforcem para encontrarem estratégias adequadas para envolver as famílias porque só um trabalho de parceria com todos os que rodeiam a criança poderá ajudá-la a ultrapassar todas as suas dificuldades.

Para finalizar este trabalho, achamos pertinente apresentar algumas sugestões, que poderiam ser contempladas em estudos posteriores, de forma a serem alcançados resultados mais consistentes relativamente à problemática em estudo.

Assim seria de interesse:

Utilizar outras técnicas de recolha de dados para cruzamento de informação, nomeadamente filmagens de situações reais de sala de aula, observação directa, de forma a abrir a possibilidade de uma compreensão mais aprofundada do problema em análise.

Efectuar estudos idênticos noutras áreas geográficas do país no intuito de comparar os resultados obtidos em diferentes áreas e tirar conclusões mais consistentes relativamente à problemática em estudo.

Parece-nos que a realização deste estudo motivou em alguns dos docentes do Agrupamento alvo do estudo algumas mudanças de atitudes em relação às crianças com PHDA, melhor aceitação, mais compreensão e também pesquisa e reflexão sobre o tema.

Explorámos um tema que ainda tem muito para explorar no entanto, temos consciência que este estudo constitui apenas um pequeno contributo para o estudo desta perturbação mas foi para nós um grande prazer a realização do mesmo, porque sabemos que ele irá contribuir para que as crianças com PHDA sejam melhor aceites e compreendidas pelos professores.

6 - Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (2002). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª ed. – Revisão de Texto). Lisboa; CLIMEPSI Editores

Allan, J. (1999). Actively Seeking Inclusion: pupils with special needs in mainstream schools. London. Falmer Press.

Ainscow, M. (1991). Effective Scholl for All. London: Fulton, Baltimore. Paul H. Brooks.

Ainscow, M. (1997). *Educação para todos: torná-la uma realidade*. In Ainscow et al (eds). Dimensões formativas: Caminhos para as escolas inclusivas. Lisboa: Edições

Ainscow, M. (1997). *Educação para todos: torná-la uma realidade*. In Ainscow, M.; Porter, G. & Wang, M.; Caminhos para as Escolas Inclusivas. Instituto de Inovação Educacional, pp. 11-31.

APA. (1994). Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios psiquiátricos. (DSM-IV) 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Areas, M. D., & Manjón, G. D. (1997) Necessidades Educativas Especiais, Lisboa: Dinalivro. pp. 159-184.

Azevedo, W. (2002). “Educação on-line: as flores (e os espinhos) do caminho”. Palestra ministrada na “III Semana de Educação à Distância”. Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Bairrão, J. (1998). Os alunos com necessidades educativas especiais: Subsídios para o sistema de educação. Lisboa: Conselho Nacional de Educação.

Barkley, R.A. (1981). Clinical description. Hyperactive children: a hanbook for diagnosis and treatment (pp. 1-51). New York: Gilford Press.

Barkley, R.A. (1981a). Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. In Mash, E.J. & Terdal, L.G. (Eds.), Behavioral assessment of childhood disorders. (2nd ed., pp 60-104) New York: Guilford Press.

Barkley, R.A. (1988b). The effects of methylphenidate on the interactions of preschool ADHD children with their mothers. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 336-341.

Barkley, R.A. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment. (2nd Ed) New Guilford Press.

Barkley, R. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a Handbook for Diagnosis and Treatment; second edition. New York: Guilford Press.

Barroso, J. (1999). Regulação e Autonomia da Escola Pública: O Papel do Estado, dos Professores e dos Pais. Inovação pp. 12,9-33.

Batshau, M. P. (1990). Criança com deficiência (1ª edição). São Paulo: Maltese.

Bell, J. (1997). Como realizar um projecto de investigação. Lisboa: Gradiva.

Bekle B., (2001), Review of research on teachers' Knowledge and attitudes about attention-deficit hiperactivity disorder (ADHD), Australasian Journal of Special Education, 25: 1, 67-85.

Bekle B., (2004), Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students, Journal of Attention Disorder, Vol. 7, nº 3/February 2004.

Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Moore, P. & Lelon, E. (1996). Child Behavior Checklist finding further support comorbidity between ADHD and major depression in a referred sample. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 734-742.

Boavida, J. E., Porfírio, H., Nogueira, S., & Borges, L. (1998). A criança hiperactiva. Coimbra: Centro de desenvolvimento da criança do HPC.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora.

Breton, J-J, Bergeron, L., Valla, J-P., Berthiaume C. & Gaudet, N. (1999). Quebec child mental health survey : Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40 (3), 375-384.

Brook U, Geva D. Knowledge and attitudes of high school pupils towards peers' attention deficit and learning disabilities. *Patients Edu Couns*, 43: 31-6, 2001.

Campbell, S.B., Breaux, A.M., Ewing, L.J. & Szumowski, E.K. (1986). Correlates and predictors of hyperactivity and aggression: A longitudinal study of parent-referred problem preschoolers. Jornal of Abnormal Child Psychology, 14 (2), 217-234.

Cortesão, L. (2000). Ser Professor: Um Ofício em Risco de Extinção? Porto: Edições Afrontamento.

Correia, L. (1997). Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares. Porto: Porto Editora.

Correia, L. (2003). Educação especial e inclusão: Quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no seu perfeito juízo. Porto: Porto Editora.

Costa, A. B. (2001). *A Educação da criança e do adolescente com necessidades educativas especiais*. In Louro, C. (coord). Acção Social na deficiência. Lisboa: Universidade Aberta, pp. 91-118.

César, M; (2003). *Escola inclusiva enquanto espaço-tempo de dialogo de todos e para todos*: In D. Rodrigues (org), Perspectivas Sobre a Inclusão: da Educação à Sociedade. Porto: Porto Editora, pp. 117-149.

Chazan, M. (1994). Mainstream teachers' attitudes towards pupils with emotional and behavioural difficulties. European Journal of Special Needs Education, Vol. 9, No 3, 261-274.

Cook, E.H., Jr. (1999). Genetics of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Mental Retardation and Development Disabilities Research Review. 5, 191-198.

Cunningham, C.E., & Boyle, M.H. (2002). Preschoolers at risk for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and oppositional disorder: Family, parenting and behavioural correlates. Journal of Abnormal Child Psychology, 30 (6), 555-569.

DeHass, P.A. (1986). Attention styles and peer relationships of hyperactive and normal boys and girls. Jornal of Abnormal child Psychology, 14 (3), 457-467.

DeHass, P.A. & Young, R.D. (1984). Attention styles of hyperactive and normal girls. Jornal of Abnormal child Psychology, 12 (4), 531-546.

DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A.D. & Reid, R. (1998). ADHD Rating Scale – IV Checklists, norms and clinical interpretation. New York: Guilford Press.

DuPaul, George J. and Weyandt, Lisa L. (2006) Scholl-based Ontervention for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Effects on academic, social, and behavioural functioning, International Journal of Disability, Development and Education 53:2, 161-176.

DuPaul, J., & Stoner, G. (2007). TDAH nas Escolas: Estratégias de avaliação e intervenção. S. Paulo: M. Books.

Dykman, R.A. & Ackerman, P.T. (1993). Behavioral subtypes of Attention Deficit Disorder. Exceptional Children, 60 (2), 132-141.

European Agency for Development in Special Needs Education (2003a). Educação inclusiva e práticas na sala de aula. Brussels, Belgium

European Agency for Development in Special Needs Education (2003b). Princípios – chave para a educação especial: Recomendações para os responsáveis políticos. Brussels, Belgium

Falardeau, G. (1997). As crianças hiperactivas. Mem Martins: Edições Cetop

Faraone, S., Bierderman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, L., Mick, E. & Doyle, A. (2000). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in adults: an overview. Biological Psychiatry, 48, 9-20

Fernández, S. J., Mínguez R. T., Casas A. M. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, *Psicothema*, Vol. 19, nº 4, Universidad de Valência (pp. 585-590).

Fonseca, A. C. (1998). Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: questões e perspectivas actuais. Psychologica, 19, 7-41.

Fonseca, A. C.; Simões, M. R.; Rebelo, J. A. (1998). A Hiperactividade da criança vista pelos adultos: Dados de um estudo exploratório, *Psychologica*, Vol.19, pp. 209-221.

Fonseca, V. (2000). *Exclusão Escolar como Processo de Exclusão Social: Algumas Reflexões Sociológicas sobre as Dificuldades de Aprendizagem*. In: Matos, M.; Simões, C. & Carvalhosa, S. (org). Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social. FMH, IRS e MJ.

Foy M. J., (2005). Teachers' Beliefs About ADHD : A Multiple Case Hermeneutic Analysis, *Master of Arts*

Fowler. M. (2000). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Disponível no <http://www.kidsource.com>

Garcia, I. (2001). Hiperactividade – prevenção, avaliação e tratamento na infância. Lisboa: McGraw-Hill.

Ghanizadeh, A., Bahredar M. J., & Moeini S. R. (2006), Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers, *Elsevier Ireland, Ltd*, (pp. 1-5)

Glass, C. S. & Wegar, K. (2000). Teacher perceptions of the incidence and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Education, Winter.

Gomes M. et AL (2007) Conhecimento sobre o transtorno do Déficit de Atenção/Hiperactividade no Brasil, *Novartis Biociências*, S.A. (pp. 1-8)

Greenhill, L., Benton, T. & Tirmizi, S.I. (2003). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A common diagnosis? *Medscape Psychiatry & Mental Health [On line]*, 8 (1). Disponível: <http://www.medscape.com/viewarticle/448491>

Havey J.M. A comparison of Dutch and US teachers' perceptions of the incidence and management of ADHD. *Sch Psycho int*, 28:46-52, 2007.

Hegarty, S. (1994). *Integration and the teacher*. In C.J.W. Meijer, S. J. Pijl and S. Hegarty (eds.), New Perspectives in Special Education: a Six Country Study of Integration. London: Routledge.

Hegarty, S. (2003). O Apoio Centrado na Escola: Novas Oportunidades e Novos Desafios. In: Rodrigues, D. (org). *Educação e Diferença. Valores e Práticas para uma Educação Inclusiva*. Porto, Porto Editora, pp. 79-92.

Hébert, M. L. (1996) Pesquisa em Educação – Instituto Piaget.

Hill, M. M. & Hill A. – (2005) Investigação por Questionário – 2ª Edição. Edições Sílabo.

Hoy, E., Weiss, G., minde, K. & Cohen, N. (1978). The hyperactive child at adolescence: Cognitive, emotional and social functioning. Journal of Abnormal Ghild Psychology. 6, 311-324.

Johnston, C., Pelham, W.E. & Murphy, H.A. (1985). Peer relationships in ADDH and normal children: A developmental analysis of peer and teachers ratings. Journal of Abnormal Child Psychology, 13 (1), 89-100.

Kleynhans S. E. (2005). Primary School Teachers' Knowledge and Misperceptions of attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Education in educational Psychology at the University of Stellenbosch.

Kos, Julie M., Richdale, Amanda L. and Hay, David A. (2006) Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Their Teachers: A review of the literature, International Journal of Disability, Development and Education, 53:2, 147 – 160.

Kronberk, R. M. (2003). *A inclusão em escolas regulares: a educação especial nos Estados Unidos: do passado ao presente*. In Correia, L. M. (org.). Educação Especial e Inclusão: quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no perfeito juízo. Porto: Porto Editora, pp 41-56.

Landau, S. & Milich, R. (1988). Social Communication patterns of Attention-Deficit Disordered boys. Journal of Abnormal Child Psychology. 16 (1), 69-81.

LeFever, G. B., Villers, M. S. & Morrow, A. L. (2002), Parental Perceptions of Adverse Educational Outcomes Among Children Diagnosed and Treated for ADHD: A Call for Improved School/Provider Collaboration, *Psychology in the Schools*, Vol. 39 (1), Virginia Beach City Public Schools.

Lopes, J. (1998). Distúrbio hiperactivo de Défice de atenção em contexto de sala de aula. A incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.

Lopes, A.J. (2003). A Hiperactividade. Quarteto, Colecção Nova Era: Educação e Sociedade.

Macey, K. D. (2005), Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder: Teacher Knowledge and Referral for Assessment, Submitted to the Office of Graduate Studies of Texas A&M University, in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.

Marchesi, A (2001). *A Prática das Escolas Inclusivas*. In Rodrigues D. (org.), Educação e Diferença – Valores e Práticas para uma Educação Inclusiva, pp. 93-108. Porto: Porto Editora.

Mattos P *et al.* Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno do deficit de atenção/hiperactividade (TDAH) em adultos. Revista de Psiquiatria RS, 28:50-60, 2006

McFarland, Dianna L, Kolstad, Rosemarie & Briggs, L. D. (1995). Educating attention deficit hyperactivity disorder children Education, Education, Summer

Messina, & Tiedeman. (2006). Disfunção neuroquímica e o deficit no lobo frontal. Disponível <http://www.cienciahoje.pt>

Micouin, G. & Boucris, J.C. (1988) L'enfant instable ou hyperkinétique une étude comparée des concepts. Psychiatrie de l'enfant, 31 (2), 473-507.

Miranda, A., Jarque, S. & Soriano, M. (1999). Transtorno de hiperactividad com deficit de atención: poemias actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. Revista de Neurología, 28 (supl. 2): 182-188.

National Institutes of Health (1998, November). Diagnosis and treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: consensus development conference statement. NIH Consensus Statement 16 (2) 1-37 [On line]. Disponível: http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/110/110_statement.htm

Nielsen, L. (1997). Necessidades educativas especiais na sala de aula: Um guião para professores. Porto: Porto Editora.

Norvilitis J.M., (2005) Perceptions of ADHD in China and United States (A Preliminary Study), Journal of Attention Disorders, Vol. 9, nº 2 Nov. 2005, (pp. 413-424)

Olson, S.L., Bates, J.E. & Bayles, K. (1990). Early antecedents of childhood impulsivity: The role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. Journal of Abnormal Child Psychology, 18 (3), 317-334.

Pelham Jr., W.E. & Cagney. E.M. (1999). Psychosocial and combined treatments for ADHD. Mental Retardation and Developmental Disabilities. Research Reviews, 5. 225-236.

Pestana M. H., & Gageiro J. N., (2005). Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS. 4ª Edição. Edições Sílabo. Lisboa

Phelan, T. (2005). TDA/TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade: Sintomas, diagnósticos e tratamentos. S. Paulo: M. Books.

Poeta L.S, Rosa-Neto F. Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do deficit de atenção/hiperactividade e transtornos de comportamento em escolas da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26:150-5, 2004.

Pope, A.W., Bierman, K.L. & Mumma, G.H. (1989). Relations between hyperactive and aggressive behavior and peer relations at three elementary grade levels. Journal of Abnormal Child Psychology. 17 (3), 253-267.

Porter, G. (1994). *Organização das Escolas: conseguir o acesso e a qualidade através da inclusão*. Comunicação apresentada na Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva.

Raposo, N. (1988). Formação Psicopedagógica de Professores – Balanço e Perspectivas, *Psychologica*, Vol.1, (pp. 143-154).

Rebelo, J. (1997). Como ajudar alunos com hiperactividade nas escolas. *Psychologica*, 19.

Ribeiro, J. L. P. (2007). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde - Porto – Legis Editora.

Richards, G.P., Samuels, S.J., Turnure, J.E. & Ysseldyke, J.E. (1990). Sustained and selective attention in children with learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 23 (2), 129-136.

Rodrigues, A. N. (1994). Expressão motora da criança instável. *Análise multidimensional da expressão motora de crianças instáveis de 7 e 8 anos em situação escolar livre*, Tese de Mestrado não publicada, Dissertação apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial e Reabilitação, Universidade Técnica de Lisboa.

Rodrigues, A. N. (2003). *Contributos para a Avaliação da Criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*, Tese de Doutoramento não publicada, Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Doutor no ramo de Motricidade Humana, na especialidade de Educação Especial e Reabilitação. Universidade Técnica de Lisboa.

Rodrigues D. (1994). Necessidades e Dimensões da Formação Contínua de Professores de Educação Especial. Integrar, pp. 4,26-31.

Rodrigues, D. (2001). *A educação e a diferença*. In: Rodrigues, D. (org). – A educação e a diferença: valores e práticas para uma educação inclusiva. Porto: Editora Porto, pp. 13-34.

Rodrigues, D. (2003). *Educação Inclusiva: as boas e as más notícias*. In Rodrigues, D., (org). – Perspectivas sobre a inclusão: da educação à sociedade. Porto: Editora Porto, pp. 64-116.

Rodrigues, D. (2006). *Investigação em Educação Inclusiva* In: Rodrigues, D. (org). - Investigação em Educação Inclusiva. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana, pp. 11-16. (Vol. 1)

Rodrigues & Encarnação. (2006). Estudo das percepções dos professores sobre a PHDA – Estudo piloto das percepções dos professores dos 1º, 2º, 3º, ciclos e Secundários das Escolas de Santarém. Trabalho não publicado, elaborado para efeitos de estudo exploratório. CADIN 2006

Rodrigues, A.N. & Ribeiro M. de F. M. (2008) *Hiperactividade e défice de atenção em contexto escolar: estudo exploratório das percepções dos professores do 1º ciclo*, Tese de Mestrado não publicada, Dissertação apresentada à Faculdade de Motricidade Humana com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial e Reabilitação, Universidade Técnica de Lisboa.

Rodrigues, D. & Magalhães M. B. (2007). *Aprender Juntos Para Aprender Melhor* In: Rodrigues, D. Magalhães M. B. (Org). - Aprender juntos para aprender melhor. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana, pp. 77-102.

Ross, D.M., Ross, S.A. (1976). Hyperactivity: Research, theory and action. New York: Wiley

Rowland, A.S., Lesesne, C.A. & Abramowitz, A.J., (2002). The Epidemiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). A public health view. Mental retardation and Developmental Disabilities. Research Reviews, 8. 162-170.

Rutter, M. (1968). Lésion cérébrale organique hyperkinésie et retard mental. La Psychiatrie de l'enfant, 11 (2), 475-491.

Salgueiro, E.G. (1983). O nascimento da instabilidade. In PEDRO, G. (Ed.) Actas do Simpósio Internacional “Nascer e Depois” (pp 159-170). Lisboa: Milupa Portuguesa, Lda.

Salgueiro E., (2002), Crianças Irrequietas, 2ª Edição. ISPA – Lisboa.

Salvia, J. & Ysseldyke, J. (1991). Avaliação em educação especial e correctiva, 4ª edição. Editora Manole, Lda.

Schachar, R. (1986). Hyperkinetic syndrome: Historical development of the concept. In Taylor, E.A. (Ed.). The Overactive Child. (pp 19-40) London. Spastics International Medical Publications.

Sciutto, M. J., Terjesen M.D. & Frank, A.S.B. (2000). Teachers Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Psychology in the Schools, Vol.37 (2).

Shelton, T.L. & Barkley, R.A. (1995) The assessment and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children. In Robert, M.C. (Eds.) The Handbook of Pediatric Psychology, London: Guilford Press.

Sherman, Jody, Rasmunssen, Carmen and Baydala, Lola (2008) The impact of Teacher factors on achievement and behavioural outcomes of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a review of the literature, Educational Research, 50:4,347-360.

Simões, G. (2007). Investigações – hiperactividade...Disponível no: <http://gabrielsimoesflamenco.spaces.live.com>

Simões, M.R. (1998). Avaliação psicológica e diagnóstico da perturbação da hiperactividade com défice de atenção (I): Entrevista. Psychologica, 19 43-82.

Sosin, David & Myra (1996). Compreender a Desordem por défice de Atenção e Hiperactividade. Porto: Porto Editora.

Swanson, J., McBurnett, K., Wigal, T., Pfiffner, L.J., Lerner, M.A., Williams, L., Christian, D.L., Tamm, L., Willcutt, E., Croweley, K., Clevenger, W., Khouzam, N., Woo C., Crinella, F.M. & Fisher, T.D. (1993). Effect of stimulant medication on children with Attention Deficit Disorder: A “Review of Reviews”. Exceptional Children, 60 (2), 154-162.

Tilstone, C.; Florian, L.; Rose, R. (2003). Promover a educação inclusiva. Lisboa: Instituto Piaget

Toro, J. (1998). Psiquiatria de la infancia y la adolescencia. In introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria, pp. 867-894. Barcelona: Masson

Unesco (2003). *Open File on Inclusion Education*. UNESCO. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, Paris.

Vasquez, I. (1997). Hiperactividade: Avaliação e Tratamento. In Rafael Bautista, Necessidades Educativas Especiais. Lisboa: Dinalivro.

Vidro, & Wegar, G. (2000). Special Needs Education, Vol, 15, No. 1. European Journal, 79-87.

Wang, M. (1997) *Atendendo Alunos com Necessidades Educativas Especiais: Equidade e Acesso*. In: Ainscow, M.; Porter, G. & Wang, M.; Caminhos para as Escolas Inclusivas. Instituto de Inovação Educacional, pp. 50-67.

Weiss, G., Hechtmann L., Perlmann, T. (1978). Hyperactives as young adults: Scholl, employer and self-ratig scales obtained during ten-year follow-up Evaluation. American Journal Orthopsychiatry, 48 (3), 438-445.

Weiss, L., & Weisz, J. (1995). Relative effectiveness of behavioural versus non behavioural child psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63 (2), 317-320.

Wolger; J. (2003). *Gerir a mudança*. In: Tilstone, C.; Florian, L.; Rose, R. Promover a educação inclusiva. Lisboa: Instituto Piaget, pp. 115-131.

Wolraich. M.L. (1999). Attention Deficit Disorder. The Most studied and yet most controversial diagnosis. Mental Retardation and Development Disabilities Research Review, 5, 163-168.

Zentall, S. (1993). Research on the educational implications of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Exceptional Children, 60 (2), 143-153.

7 - ANEXOS

Anexo 1

QUESTIONÁRIO SOBRE PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA) EM CONTEXTO ESCOLAR

Formação:		Género	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Anos de Leccionação:		Idade:		
Nível Académico:	Situação Profissional:		Ano escolar que lecciona:	
Grau de informação anterior sobre a PHDA (0- nenhum; 1- Pouco; 2 -Suficiente; 3- Bom)				0 1 2 3
Tipo de Formação anterior sobre a PHDA (0- nenhum 1 - no curso; 2- conferências, leituras, etc. 3 – Cursos breves, acções pontuais; 4 – Pós-graduada, especializada)				0 1 2 3 4

1. Das seguintes características, qual/quais é/são a (s) que o levam, enquanto professor, a suspeitar de uma situação de PHDA? [Assinale com uma cruz (X)].

Défice de Atenção	
Hiperactividade	
Impulsividade	

2. Quais as características que considera perturbarem mais a vida escolar das crianças com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção? (assinale 5)

1. Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou lúdicas	
2. Tem dificuldade em manter a atenção nas tarefas e actividades	
3. Parece não ouvir quando se lhe dirige a palavra	
4. Não segue as instruções e não termina o trabalho ou tarefas escolares (Não devido a comportamentos de oposição ou por dificuldades em perceber as instruções).	
5. Tem dificuldade em organizar actividades e tarefas	
6. Expressa relutância em envolver-se em tarefas e actividades que requerem um esforço mental mantido (Trabalhos escolares).	
7. Perde objectos necessários às tarefas e actividades escolares.	
8. Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.	
9. Esquece-se das actividades quotidianas.	
10. Movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado.	
11. Levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado	
12. Corre, salta excessivamente em situações em que tal é inadequado.	
13. Tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de lazer.	
14. Anda ou actua como se estivesse sempre ligado “a um motor”.	
15. Fala excessivamente.	

16. Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado.	
17. Tem dificuldade em esperar a sua vez.	
18. Interrompe ou interfere nas actividades dos outros.	

3– Classifique quanto à prevalência: A PHDA é: [Assinale com uma cruz (X), uma única opção]

Mais comum nos rapazes do que nas raparigas	
Mais comum nas raparigas do que nos rapazes	
Igualmente comum nas raparigas e nos rapazes	

4 – Na sua opinião o que pode causar a PHDA? [Assinale com uma cruz (X)]

Factores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)	
Excesso de TV e Play-Station	
Falta de vitaminas	
Alergias alimentares ou outras	
Factores genéticos	
Estilos Parentais	
Factores Biológicos (prematuridade, baixo peso à nascença, gravidez de risco, acidentes perinatais, etc.)	
Outros – Quais?	

5 – Na sua opinião a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo?

Sim	
Não	

6 – Na sua opinião, que profissionais devem realizar o diagnóstico da PHDA? [Assinale com uma cruz (X)]

Professor	
Psicólogo	
Professor Ensino Especial	
Médico	
Outro – Quem?	

7 – Na sua opinião podem existir outros problemas associados à PHDA?

Sim	
Não	

8– Se respondeu que sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação.

Dificuldade na relação com os pares	
Pouca persistência e baixa motivação	
Comportamentos de agressividade e oposição	
Não aceitar e respeitar as regras	
Dificuldades de aprendizagem	
Baixa auto-estima	
Comportamentos de risco	
Outros – (Quais?)	

9 – Na sua opinião qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA? Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1- mais importante; 7 - menos importante)

Medicação	
Colaboração Pais - Escola	
Terapia familiar	
Apoio escolar/académico	
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	
Outros – (Quais?)	

10 – Na sua opinião, o que pode fazer um(a) professor(a) quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula. Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1- mais importante; 9 - menos importante)

Encaminhar para um técnico especializado	
Manter um contacto mais frequente com a família	
Adaptar o contexto físico da sala de aula	
Encaminhar para o apoio educativo	
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	
Adaptar materiais e processos de avaliação	
Outro – Qual?	

11 – A seguir está uma lista de possíveis estratégias de intervenção em contexto escolar. Por favor assinale a frequência com que as utiliza no seu quotidiano de trabalho com estas crianças.

1. Recompensas Sociais (atenção, louvores, afectos, privilégios...).	0 1 2
2. Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis).	
3. Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...).	
4. Time-out (tempo de afastamento da classe).	
5. Organização da sala de aula (evitar fontes de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem, sentar a criança perto do professor).	
6. Tarefas curtas, bem definidas e bem sequencializadas.	
7. Sugerir à criança que relate o que está a fazer.	
8. Supervisão frequente do trabalho.	
9. Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.	
10. Organizar uma folha de registo para anotar os progressos do aluno.	
11. Preparar um “canto” da sala onde a criança possa isolar-se dos outros, caso seja necessário.	0 1 2
12. Regras da sala de aula identificadas e afixadas na sala.	
13. Repreensões para comportamentos impróprios (exemplo: por o nome da criança no quadro).	
14. Reprimendas verbais.	
15. Relatório semanal com objectivos específicos do comportamento e feedback como os objectivos foram alcançados.	
16. Encaminhar o aluno para o Conselho Executivo	
17. Regulamento Disciplinar da Escola (Ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares).	
18. Colocar lembretes na carteira do aluno (Ex: “permanecer sentado” escrito num cartão colocado na mesa do aluno).	
19. Informar o Encarregado de Educação acerca do mau comportamento do aluno.	
20. Dar conhecimento ao Director de turma acerca do mau comportamento do aluno	
21. Ameaçar o aluno (Ex: “Se não começares a portar-te bem saís da sala”).	
22. Anotar o mau comportamento do aluno e considerar para avaliação do mesmo esse comportamento.	

Anexo 2

QUESTIONÁRIO ORIGINAL



QUESTIONÁRIO SOBRE PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA) EM CONTEXTO ESCOLAR

Formação inicial:		Género	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Anos de Leccionação:		Idade:		
Nível Académico:	Situação Profissional:	Ano escolar que lecciona:		
Grau de informação anterior sobre a PHDA (0- nenhum; 1- Pouco; 2- Suficiente; 3- Bom)		0 1 2 3		
Tipo de Formação anterior sobre a PHDA (0- nenhum 1- no curso; 2- conferências, leituras, etc. 3- Cursos breves, acções pontuais; 4- Pós-graduada, especializada)		0 1 2 3 4		
Tem, ou teve, crianças com diagnóstico de PHDA, na sua sala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N° crianças _____				
Data:		Escola:		

- 1- Das seguintes características, qual/quais é/são a (s) que o levam, enquanto professor, a suspeitar de uma situação de PHDA? (assinale com uma cruz)

Falta de Atenção	<input type="checkbox"/>
Hiperactividade	<input type="checkbox"/>
Impulsividade	<input type="checkbox"/>

- 2- Em baixo estão assinaladas as 9 características da **Falta de Atenção**, descritas pelo DSM-IV. Ordene-as da mais importante para a menos importante consoante o desajustamento que provocam no contexto escolar (1-menor desajustamento; 9- maior desajustamento)

Com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades	
Com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades	
Com frequência não parece ouvir quando se lhe fala directamente	
Com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções)	
Com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e actividades	
Com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa)?	
Com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas)?	
Com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes?	
Esquece-se com frequência das actividades quotidianas?	

- 3- Em baixo estão assinaladas as 6 características da **Hiperactividade** descritas pelo DSM-IV. Ordene-as da mais importante para a menos importante consoante o desajustamento que provocam no contexto escolar. (1- menor desajustamento; 6- maior desajustamento)



Com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés ou move-se quando está sentado	
Com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado	
Com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo	
Com frequência tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio	
Com frequência "anda" ou só actua como se estivesse "ligado a um motor"	
Com frequência fala em excesso	

4 - Em baixo estão assinaladas as 3 características da **Impulsividade** descritas pelo DSM-IV. Ordene-as da mais importante para a menos importante consoante o desajustamento que provocam no contexto escolar. (1- menor desajustamento; 3- maior desajustamento)

Com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado	
Com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez	
Com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos)	

5- Classifique quanto à prevalência: A PHDA é:

Mais comum nos rapazes do que nas raparigas	
Mais comum nas raparigas do que nos rapazes	
Igualmente comum nas raparigas e nos rapazes	
Justifique a sua resposta:	

6 - Na sua opinião o que pode causar a PHDA?

Factores ambientais (abuso de álcool ou droga durante a gravidez)	
Excesso de TV e Play-Station	
Factores biológicos	
Falta de vitaminas	
Alergias alimentares ou outras	
Factores genéticos	
Educação Familiar	
Outros:	
Se respondeu outros, indique quais, por favor:	

7 - Na sua opinião a PHDA é uma perturbação que desaparece com o tempo?

Sim	
Não	



8 – Na sua opinião, quem deve fazer o diagnóstico?

Professor	
Psicólogo	
Médico	
Outro	
Se respondeu outro, indique quem, por favor:	

9 – Na sua opinião podem existir outros problemas associados à PHDA?

Sim	
Não	

10 – Se respondeu que sim, indique aqueles que provocam maior desadaptação.

Dificuldade na relação com os pares	
Pouca persistência e baixa motivação	
Comportamentos de agressividade e oposição	
Não aceitar e respeitar as regras	
Dificuldades de aprendizagem	
Baixa auto-estima	
Comportamentos de risco	

11 – Na sua opinião qual a forma de intervenção que poderá trazer mais benefícios para a criança com PHDA?

Medicação	
Colaboração Pais - Escola	
Terapia familiar	
Apoio escolar/académico	
Técnicas comportamentais e cognitivas em contexto clínico	
Introdução de estratégias educativas específicas na sala de aula	
Outros	
Se respondeu outros, indique quais, por favor:	



12 – Na sua opinião a medicação é importante para o tratamento desta perturbação?

Muito importante	
Pouco importante	
Nada importante	

3 – Na sua opinião quais são os principais efeitos da medicação no contexto escolar?

Melhoria da atenção	
Apatia	
Auto -Controlo	
Maior rendimento escolar	
Diminuição dos comportamentos de agressividade	
Melhoria na relação com os pares	

14 – Na sua opinião, o que pode fazer um(a) professor(a) quando tem uma criança/jovem com PHDA na sala de aula. Ordene as seguintes opções da mais importante para a menos importante (1- menos importante; 12- mais importante)

Encaminhar para um técnico especializado	
Manter um contacto mais frequente com a família	
Adaptar o contexto físico da sala de aula	
Encaminhar para o apoio educativo	
Participar na construção do PE e do PEI	
Participação em adaptações curriculares	
Encontrar um ambiente mais adequado à criança fora da sala de aula/escola	
Adaptar a forma como apresenta os conteúdos na sala de aula	
Ser persistente e coerente na introdução de adaptações e estratégias	
Adaptar materiais e processos de avaliação	
Ter um Projecto Educativo de Escola (PEE) que contemple estas especificidades	
Outro	
Se respondeu outro, especifique, por favor:	

15 – Em seguida são apresentadas várias estratégias a pôr em prática na sala de aula que podem contribuir positivamente para o tratamento desta perturbação.

As sugestões apresentadas apoiam-se numa revisão de literatura recente, sobre intervenção em contexto escolar e destinam-se sobretudo, a professores que tenham alunos diagnosticados com PHDA ou que manifestem apenas alguns sintomas.



Por favor leia com atenção, e preencha a tabela indicando o grau de utilização e o grau de eficácia destas estratégias, quando se lida com comportamento de crianças com PHDA.

	Grau de Utilização				Grau de Eficácia			
	Regular mente	Por vezes	Vale a pena tentar	Não se ajusta com o meu método de ensino	Muito eficaz	Moderadamente eficaz	Por vezes eficaz	Nada eficaz
1. Regras na sala de aula (isto é, regras identificadas e afixadas na sala de aula)								
2. Organização da sala de aula								
3. Ignorar pequenos comportamentos inadequados								
4. Elogiar comportamentos apropriados								
5. Dar ordens concretas e precisas								
6. Repreensões para comportamentos impróprios								
7. Utilizar instruções precisas para cada tarefa								
8. Caderno com atribuição de trabalho de casa (ex: agenda diária)								
9. Registos diários e semanais vindos de casa								
10. Relatórios diários e semanais com objectivos específicos de comportamento e feedback como os mesmos foram alcançados								
11. Estratégias de controlo de comportamento (ex: Se terminar o trabalho, poderá ter tempo livre)								
12. Sistema de recompensas por pontos ou senhas; ou sistemas de economia de fichas								

6

Maria de Fátima Morgado Ribeiro
Quinta da Mendanha, rua Antero de Quental, Lote 7, 2580-604 Carregado



	Grau de Utilização				Grau de Eficácia			
	Regular mente	Por vezes	Vale a pena tentar meu método de ensino	Não se ajusta com o meu método de ensino	Muito eficaz	Moderadamente eficaz	Por vezes eficaz	Nada eficaz
13. Utilização de estratégias de custo de resposta (ex: perder 5 minutos de intervalo por cada trabalho de casa não terminado)								
14. Consequências para a turma ou para o grupo (ex: actividade especial para todos se toda a turma se comportar bem)								
15. Time-out								
16. Enviar o aluno ao gabinete do Director.								
17. Regulamento disciplinar da Escola (ex: normas de conduta, procedimentos disciplinares)								
18. Colocar lembretes na carteira do aluno (por exemplo, "Permanecer sentado", escrito num cartão colocado na mesa do estudante)								
19. Promoção de competências sociais - individual ou pequeno grupo								
20. Utilização de estratégias de auto-monitorização, auto-avaliação e auto-controlo								
21. Utilização de um tutor								
22. Outro método (por favor descreva-o)								
23. Até que ponto é que você acha que a interacção com esta criança é uma agradável experiência?								

Anexo 3

À Ex.^a Senhora Presidente
do Conselho Executivo do Agrupamento
Vertical de Escolas da Alembrança

ASSUNTO: Pedido de Autorização para Preenchimento de Questionários pelos Docentes do Agrupamento.

Eu, Maria Isabel Salvador Rico Lourenço, docente do Departamento de Educação Especial, a desempenhar funções na EB/JI1 de Vale Flores, EB1 do Feijó 1 e EB1 do Feijó 2, venho por este meio solicitar autorização a V. Ex.a para pedir o preenchimento de questionários (anónimos) aos Docentes do Agrupamento.

Estes questionários têm como objectivo o estudo da problemática Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar, no âmbito da preparação da minha tese de Mestrado em Educação Especial.

Com os melhores cumprimentos, e elevada consideração.

Feijó, 26 de Outubro de 2007.

Ass: _____

Anexo 4

Exm^o(a). Senhor (a) Professor (a)

O questionário que lhe apresentamos tem como objectivo a recolha de dados para a posterior elaboração de uma tese de Mestrado em Educação Especial, **“Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar: Estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do Pré-Escolar, 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico”**, ministrada pela Faculdade de Motricidade Humana.

Este trabalho destina-se ao estudo comparativo das percepções e atitudes de professores do Pré-Escolar, 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico, em relação à Perturbação da Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar.

A comparação destas variáveis poderá ser de grande utilidade para a futura elaboração de projectos de intervenção no contexto escolar.

Assim, solicitamos a vossa colaboração no sentido de responder a todas as questões bem como devolver os questionários atempadamente.

Os referidos questionários são anónimos salvaguardando a confidencialidade das respostas e destinam-se exclusivamente ao fim solicitado.

Os questionários serão recolhidos nas respectivas escolas onde serão distribuídos e o prazo para recolha dos mesmos é até ao dia 18 de Abril de 2008.

Obrigado pela colaboração

Maria Isabel Salvador Rico Lourenço

Contactos:

E-mail: belrico@netcabo.pt

Telemóvel: 964 691 280

Anexo 5

Cruzamento de dados

Causas biológicas * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona			
	Ciclo Escolar que o Docente Lecciona		
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não Assinalou	14	16	21
Assinalou	24	16	10
Total	38	32	31

Anexo 6

Cruzamento de dados

Causas genéticas * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona			
	Ciclo Escolar que o Docente Lecciona		
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não Assinalou	16	5	6
Assinalou	22	27	25
Total	38	32	31

Anexo 7

Cruzamento de dados

Causas excesso TV * Ciclo Escolar que o Docente Lecciona			
	Ciclo Escolar que o Docente Lecciona		
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Não assinalou	33	22	26
Assinalou	5	10	5
Total	38	32	31
